Rok XXXIII. Kraków 23. Czerwca 1894 r. Nr. 25.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. Porażenie połowicze postępujące nerwów mózgowych.

Napisał
Władysław Biegański,
lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

W nrach 9., 10. i 11. *Medycyny* z 1889 r. ogłosił prof. Adamkiewicz p. t.: Porażenie połowicze postępujące nerwów mózgowych przypadek raka podstawy czaszki, wychodzącego z prawej jamy Highmora i przenikającego ztamtąd na kość klinową, na skalistą część kości skroniowej i na trzon kości potylicowej. To obszerne ognisko na podstawie czaszki zajęło u 54 letniej kobiety dziesięć nerwów czaszkowych z prawej strony, pozostały zaś niezajętemi tylko nerwy I-ej i X-ej pary. Choroba w przypadku tym zaczęła się od mocnego połowiczego bólu głowy, do którego wkrótce przyłączyło się porażenie prawego nerwu okoruchowego, a następnie kolejno ulegały i inne nerwy czaszkowe, w rezultacie zaś nastąpiła śmierć z wyczerpania po roku trwania choroby.

W opisie tego przypadku cytuje Adamkiewicz jeszcze 2 podobne przypadki, znane sobie z literatury, jeden opisany przez Bambergera [1]) a drugi przez Nothnagla [2]). Przypadek opisany przez Bambergera tyczył się 53 letniej kobiety; choroba również zaczęła się mocnym połowiczym bólem głowy i występującem kolejno zajęciem ośmiu nerwów czaszkowych prawej strony; niezajętemi były tylko nerwy I-ej, II-ej, X-ej i XII-ej pary. Sekcyi w tym przypadku nie robiono a zatem przyczyny choroby ściśle nie określono. Przypadek opisany przez Nothnagla tyczył się młodej dziewczyny z długotrwałym wyciekiem ropnym z lewego ucha, gdzie wciągniętych w sprawę było 8 nerwów czaszkowych lewej strony, niezajętemi zaś pozostały nerwy I-ej, II-ej, III-ej i IV-ej pary. Sekcya dokonana w tym przypadku przez prof. Kundrata wykazała rozległe, gruźlicze próchnienie kości podstawy czaszki, wychodzące pierwotnie z części skalistej lewej kości skroniowej.

Więcej podobnych przypadków Adamkiewicz nie mógł odnaleść w literaturze do roku 1889. Na zasadzie więc tylko tych trzech przypadków opisuje autor osobną postać chorobową, zasadzającą się na jednostronnem zajęciu wielu nerwów czaszkowych bądź ruchowych, bądź czuciowych. Porażenie nerwów ruchowych w tej postaci chorobowej ma wszystkie właściwości porażeń obwodowych. Choroba jest postępująca, kończy się zawsze śmiercią i zależy od nowotworowego lub zapalnego zajęcia kości podstawy czaszki; w samym zaś mózgu zmian żadnych nie znajdywano.

Przedewszystkiem muszę zwrócić uwagę, że całkiem niesłusznie Adamkiewicz nazywa opisany przez siebie obraz chorobowy bardzo rzadkim. Prawda, że przypadki z zajęciem 8, 10 nerwów mózgowych mogą być rzeczywiście rzadkie, ale podobne zupełnie co do przebiegu i przyczyny zajęcie 2—3 lub nawet czterech nerwów czaszkowych z jednej strony nie jest wcale rzadkiem zjawiskiem patologicznem. Podobne przypadki stosunkowo często znajdujemy w próchnieniu kości skalistej (zajęcie nerwu twarzowego i słuchowego), we wszystkich przewlekłych sprawach na podstawie mózgu bądź w oponach, bądź nakoniec w kości. Wszak znane są częste przypadki skombinowanego zajęcia nerwów czaszkowych w przymiocie mózgu (kilaki i przymiotowe nacieki opon na podstawie mózgu) i w pewnym stopniu w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych.

Zresztą nie możemy obrazu chorobowego, opisanego przez Adamkiewicza uważać za jakąś odrębną chorobę; nie stanowi on ani anatomicznej ani etyologicznej całości. Wyróżnienie jednak kliniczne tego obrazu ma pewne niezaprzeczone znaczenie pod względem dyagnostycznym. Połowicze

[1]) Wiener medic. Blätter 1883.
[2]) Wiener medic. Blätter 1884.

postępujące zajęcie nerwów czaszkowych będzie nam wskazywało na pewną, ścisłą lokalizacyę rozmaitych zresztą pod względem anatomicznym spraw chorobowych. I w tem tylko znaczeniu o sprawie tej rozprawiać możemy.

Po tych wstępnych uwagach, które uważałem tutaj za konieczne, przystępuję do opisu dwóch własnych spostrzeżeń szpitalnych.

I. Aleksander Wąsowicz, lat 40 liczący, złotnik, zamieszkujący stale w miasteczku Lelowie gub. kieleckiej, przybył do naszego szpitala 2. Sierpnia 1893 r. Od chorego dowiedzieliśmy się, co następuje: Pochodzi z rodziny zdrowej, nie obciążonej dziedzicznie. Nigdy dotychczas ciężej nie chorował. Przed laty 17 ożenił się; ma czworo zdrowych dzieci. Na przymiot nie chorował, nadużyć żadnych nie popełniał a byt materyalny miał nie świetny wprawdzie, ale też i bez wielkiego braku. Co do obecnej choroby powiada, że przed 2-ma laty dostrzegł na szyi z prawej strony 2 małe guzki. Guzki te rosły coraz więcej, aż doszły każdy do wielkości kurzego jaja, przytem jednak nie były bolesne i tylko niepokoiły chorego ze względu na szybki swój wzrost oraz trudność zapięcia ubrania pod szyją. Chory udawał się o poradę do miejscowego lekarza, wcierał przepisane maście, ale bez żadnego skutku. W końcu miejscowy lekarz poradził mu udać się na operacyę do Warszawy. Do Warszawy chory udał się w końcu Czerwca 1893. r., zapisał się do szpitala pragskiego, oddziału chirurgicznego i tam też wyjęto mu oba te guzy. Wkrótce po operacyi wystąpiło wykrzywienie twarzy i opadnięcie prawej powieki. Chory zaczął ogromnie upadać na siłach, chudnąć i w takim właśnie stanie wypisał się przed tygodniem ze szpitala pragskiego.

Kiedyśmy po raz pierwszy badali chorego, znaleźliśmy mężczyznę wysokiego wzrostu, mocno wychudłego z wejrzeniem charłaczem. Na szyi z prawej strony widać dużą czerwoną bliznę po operacyi. Obmacywając dalej szyję, znajdujemy z tejże strony kilka powiększonych do wielkości migdała, twardych gruczołów chłonnych. Przy badaniu klatki piersiowej żadnych zmian nie znaleziono, również i w innych narządach. Chory uskarża się tylko na brak apetytu i wielkie osłabienie. Rzeczywiście chory na nogach długo ustać nie może, nawet siedząca pozycya męczy go. Gorączki niema. C. 36. 3., t. 68.

Najwyraźniejsze objawy znajdujemy ze strony układu nerwowego, mianowicie w zakresie nerwów czaszkowych. Prawa strona twarzy jest wyraźnie porażona w całości; chory najmniejszego ruchu mimicznego na tej stronie zrobić nie może. Powieki prawego oka nie zamykają się. Zamknięcie powiek utrudnionem jest jeszcze przez wyraźne i znaczne wysadzenie gałki ocznej. Przyglądając się dalej prawej gałce ocznej, znajdujemy zupełną jej nieruchomość. Chory pomimo największego wysiłku nie jest w stanie ani na jeden mm. skierować w żadną stronę nieruchomo ustawionej gałki ocznej. Prawa źrenica rozszerzona, nie oddziaływa ani na światło, ani na akomodacyę. Wzrok na prawem oku także mocno upośledzony; chory liczy palce tylko na odległość kilku cali od oka. Rogówka w prawem oku nieco zmętniała, wskutek czego badanie dna oka wziernikiem jest utrudnione, prawie niemożliwe.

Czucie w prawej stronie twarzy w zupełności zachowane; niema również znieczulenia spojówki oka. W jamie ustnej czucie dotykowe na wargach, na dziąsłach i na języku wszędzie wyraźnie zachowane; na podniebieniu tylko miękkiem i tylnej ścianie gardziela wyraźnie upośledzone. Czucie smaku po prawej stronie języka zupełnie zniesione i w przedniej i w tylnej jego części. Oglądając podniebienie widzimy, że prawy łuk podniebienny jest opuszczony i przy wydawaniu głosu prawie zupełnie nieruchomy; języczek zaś zbacza na lewą stronę. Połykanie wielce utrudnione, przyczem twardszy pokarm prędzej bywa połykany, pokarm zaś płynny dostaje się często do krtani i wywołuje straszne napady duszenia się i kaszlu.

Zmysł węchu zachowany z obu stron jednakowo. Słuch na prawej stronie zupełnie zniesiony. Chory nie słyszy wcale zegarka, przyłożonego do samego ucha. Przewodnictwo dźwięku przez kości zachowane, chociaż także zmniejszone. Głowę chory trzyma sztywnie, mięśnie karku mocno naprężone. Wyraźnego porażenia i zaniku w mięśniach szyjnych z prawej strony nie widzimy. Chory ma głos zmieniony, niedźwięczny, badanie jednak krtani wziernikiem ze względu na sztywność karku i ciągłe krztuszenie się chorego niemożliwe.

Na lewej stronie nie znajdujemy żadnych zmian. Lewa tylko gałka oczna nieco wysadzona, chociaż ruchoma. Lewa źrenica oddziaływa dobrze na światło. W ogólnym psychicznym stanie chorego widać tylko głębokie przygnębienie, żadnych zaś innych zmian; chory ma pamięć dobrą, mówi dobrze. Nie znajdujemy także ani porażeń, ani zboczeń w zakresie czucia na kończynach i na tułowiu.

Z badania więc wynikało, że u chorego zajęte były następujące nerwy czaszkowe z prawej strony: okoruchowy, bloczkowy, rozoczny, wzrokowy (w części), twarzowy, słuchowy, językogardłowy. Niezajętemi napewne były nerwy: węchowy, troisty, podjęzykowy, przydatkowy. Co zaś do nerwu błędnego, to wobec zmiany głosu a niemożności badania chorego wziernikiem krtaniowym pozostawała pewna wątpliwość, czy i ten nerw w części nie został wciągnięty do sprawy chorobowej. Otóż wobec takiego rozległego jednostronnego zajęcia nerwów czaszkowych, dalej wobec braku innych porażeń mózgowych oraz wobec ogólnego wyniszczenia i osłabienia (bez gorączki) rozpoznałem od razu nowotwór złośliwy podstawy czaszki. Wszelkie inne choroby dały się tu wykluczyć z łatwością. Bliższe szczegóły o rozpoznawaniu i odróżnianiu tych przypadków pomieszczę zresztą w końcowych uwagach ogólnych.

Dalszy przebieg choroby był bez wyraźnych zmian. Połykanie było coraz trudniejsze i przedstawiało wszystkie cechy t. z. *dysphagiae paralyticae*. Chory żuł pokarm, łykał go, lecz jak tylko miazga pokarmowa dostawała się do gardła, to zatrzymywała się tam i wywoływała objawy duszenia się i kaszlu, aż ostatecznie została wyrzucona. Od 10. Sierpnia połykanie było absolutnie już niemożliwe i chorego przez pewien czas musieliśmy karmić tylko przez zgłębnik żołądkowy. Wycieńczenie stawało się coraz większe, tętno było coraz więcej przyspieszone i słabe, aż nakoniec chory zmarł z wycieńczenia 20. Sierpnia 1893. r. Nazajutrz zrobiono sekcyę. Szczegółowego protokółu sekcyjnego podawać nie będziemy; wspomnimy tylko w krótkich słowach o zmianach znalezionych po otwarciu czaszki. Otóż ani mózg, ani opony zmienione nie były. Po wyjęciu mózgu na podstawie czaszki w średnim dole czaszkowym z prawej strony opona twarda w okolicy siodła tureckiego, wielkiego skrzydła kości klinowej, wierzchołka kości skalistej i równi pochyłej Blumenbacha była mocno nastrzyknięta. Na siodle tureckiem i na wielkiem skrzydle kości klinowej, około najszerszej części szczeliny oczodołowej górnej dostrzedz możemy kilka małych wykwitów wielkości ziarnka grochu, przedstawiających się jako miękka ziarnina. Kość w miejscu zajętem przedstawia się miękką, kraje się nożem łatwo. Wykrajaliśmy więc parę kawałków tkanki z siodła tureckiego i z wielkiego skrzydła dla zbadania mikroskopowego. Badanie mikroskopowe (Dr. Raum w Warszawie) pokazało, że mieliśmy do czynienia z mięsakiem (*sarcoma*).

II. Macieja Ormana, lat 32 liczącego, robotnika fabrycznego, widziałem poraz pierwszy w miesiącu Wrześniu 1893. r. w ambulatoryum szpitalnem. Przedstawił go tam kol. E. Kohn ze względu na rozległe owrzodzenie gardła, dokładne rozpoznanie przyrody którego było trudnem. Przy oglądaniu gardła widocznem było z prawej strony na migdale, na obu łukach podniebiennych głębokie owrzodzenie z nierównem dnem, pokrytem brudną wydzieliną. Podszczękowe gruczoły są obrzmiałe i bolesne za uciskiem. Dostrzeżono dalej ból przy połykaniu niezbyt wielki, cuchnienie

z ust, zupełny brak gorączki i wcale dobre ogólne odżywianie. Chory twierdzi, że choroba zaczęła się od 4-ch miesięcy; na przymiot nigdy nie chorował, jest żonaty, ma 3 dzieci podobno zdrowych, żona nigdy ani nie poroniła, ani przedwcześnie nie rodziła. Szczegółowe badanie nie wykrywa także żadnych objawów, świadczących o przebyciu przymiotu. Pomimo jednak takiego ujemnego rezultatu badania, mając na względzie młody wiek chorego, dobre ogólne odżywianie i samo wejrzenie owrzodzenia, przypuszczałem przymiotową sprawę i radziłem stosować duże dawki jodu.

Stan chorego rzeczywiście po takiem leczeniu poprawił się znakomicie; owrzodzenie podgoiło się znacznie, chory nie czuł prawie bólu przy połykaniu i uważając się za zupełnie zdrowego, usunął się z pod dalszej obserwacyi. Ta poprawa jednak nie trwała długo, zaledwie 2 miesiące. W pierwszych dniach Stycznia chory znowu przybył do ambulatoryum szpitalnego, uskarżając się na ból w gardle. Badając, znaleźliśmy owrzodzenie w tym samym prawie stopniu, w jakim go widzieliśmy w miesiącu Wrześniu z. r. Poradziłem więc choremu zapisać się do szpitala, co on też i uczynił w dniu 18. Stycznia 1894 r.

Tutaj poddaliśmy go jeszcze raz szczegółowemu badaniu i nie znaleźliśmy żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Stan po dawnemu był bezgorączkowy a w gardle zmiany te same. Wkrótce jednak po zapisaniu się chorego do szpitala wystąpił mocny ból głowy i twarzy z prawej strony. W dniu 29. Stycznia, jeszcze podczas trwania bólu głowy i twarzy, dostrzegliśmy porażenie nerwu twarzowego z prawej strony. Nerw twarzowy był zajęty w całości, oko prawe nie zamykało się a zatem zajęcie nerwu twarzowego było widocznie obwodowem. W kilka dni później zauważyliśmy, że i słuch chorego wyraźnie stępiał na prawej stronie. Zresztą nie było żadnych zmian.

Chorego poddano bardzo energicznemu leczeniu przeciwprzymiotowemu, zastrzykiwano mu podskórnie sublimat w dawkach codziennych zwykłych przez dni 20, następnie wcierano szarą maść (wcierek 15 po 4·0) i oprócz tego chory zażywał duże dawki jodku potasu. Pod wpływem takiego leczenia owrzodzenie w gardle zaczęło się oczyszczać przez obfite odpadanie kawałków zmartwiałej tkanki. Pomimo jednak miejscowej poprawy porażenie twarzy nie ustępowało. Ból, który około 30. Stycznia ustał, powstał na nowo około 10. Lutego; teraz jednak występował głównie w prawej stronie twarzy i skroni i w prawej połowie języka. Ból ten miał charakter więcej napadowy, ustawał na pewien czas, to znów wzmagał się. Widocznem więc było, że mieliśmy do czynienia z nerwobólem nerwu troistego.

Dokładne badanie wskazywało dalej, że u chorego czucie na twarzy, na dziąsłach, na podniebieniu było w zupełności zachowane, tylko na prawej stronie języka czucie dotykowe zupełnie było zniesionem. Czucie smaku na prawej stronie języka było także zupełnie zniesione w $^2/_3$ przednich częściach; objawów poraźnych ze strony mięśni do żucia służących nie można było dostrzedz ze względu na rozległe spustoszenie w gardle, owrzodzenie bowiem zniszczyło łuki podniebienne i część podniebienia miękkiego. W obec takich objawów niewątpliwem było zajęcie prawego nerwu językowego (znieczulenie i utrata smaku), oraz podrażnienie całego pnia nerwu troistego (zwoju Gassera? rozległy nerwoból twarzy).

Porażenie nerwu twarzowego, jak już wspomnieliśmy, utrzymywało się ciągle. Słuch coraz więcej był stępiony tak, że w końcu Lutego chory ogłuchł zupełnie na prawe ucho. Cała prawa strona twarzy była obrzmiała, gruczoły podszczękowe również bardzo obrzmiałe i bolesne.

W pierwszych dniach miesiąca Marca spostrzegliśmy nowy objaw, mianowicie pewne, niezbyt wielkie wysadzenie prawej gałki ocznej, które widocznie powiększało się codziennie. Około 5-go Marca dostrzegłem poraz pierwszy porażenie nerwu rozocznego na prawem oku, około zaś 8-go t. m. wystąpiło rozszerzenie prawej źrenicy bez oddziaływania na światło. W tymże czasie wystąpiły wymioty, gorączka (37·8° rano, 38·5° wieczór), sztywność karku i mocny ból całej głowy, głównie jednak w prawej stronie. Od tego czasu chory stał się niespokojnym, nie chciał przyjmować pokarmu, skarżył się na mocny ból głowy, nakoniec wkrótce stracił przytomność i zmarł 18. Marca 1894 r.

Rozpoznawanie w tym przypadku żadnych nie przedstawiało trudności. Należało przypuszczać próchnienie kości podstawy czaszki, mianowicie wierzchołka kości skalistej i przylegających części kości klinowej. Z nerwów mózgowych zajętymi były w końcowym okresie choroby następujące: twarzowy, słuchowy, troisty, rozoczny i okoruchowy. W samym końcu choroby przyłączyło się widocznie zajęcie zapalne opon mózgowych, za czem przemawiały następujące objawy: wymioty, gorączka, sztywność karku i mocny ból głowy.

Rzeczywiście oględziny pośmiertne dokonane 19. Marca przekonały, że sprawa miała się zupełnie tak, jakeśmy przypuszczali. Było próchnienie kości podstawy czaszki w średnim dole czaszkowym, obejmujące wierzchołek kości skalistej, część niewielką siodła tureckiego, oraz pewną część prawego dużego skrzydła kości klinowej. Próchnienie zniszczyło także prawy wyrostek skrzydlasty *(proc. pterygoideus)* i tym sposobem ognisko na podstawie czaszki łączyło się bezpośrednio z głębokiem owrzodzeniem gardła. Dalej znaleźliśmy ropne zapalenie opon na podstawie mózgu i nakoniec ropień wielkości jaja kurzego w prawym płacie skroniowym samego mózgu.

Z powyższego opisu naszych dwóch spostrzeżeń szpitalnych, oraz z opisu przypadków Adamkiewicza, Bambergera i Nothnagla widzimy, że rzeczywiście postępujące połowicze porażenie nerwów mózgowych przedstawia pewien, ściśle określony kliniczny obraz chorobowy. Choroba trafia się u osób różnego wieku i płci, zaczyna się zwykle mocnym połowiczym bólem głowy i twarzy. Ból jednak nie należy do stałych objawów w tym obrazie chorobowym; nie spotykaliśmy go naprzykład w pierwszym naszym przypadku. Jest wielce prawdopodobnem, że ból nie jest właściwym samej sprawie patologicznej, lecz występuje w tych przypadkach, gdzie w sprawę wciągnięty zostaje nerw troisty. Wtedy ból przedstawia się jako typowy nerwoból nerwu troistego (drugi nasz przypadek). Do dalszych objawów należy porażenie któregokolwiek z nerwów czaszkowych; w naszych przypadkach przedewszystkiem wystąpiło porażenie nerwu twarzowego, w przypadku Adamkiewicza porażenie nerwu okoruchowego. Dopiero następnie w sprawę wciągane bywają kolejno inne nerwy czaszkowe bez względu na ich rodzaj. Znajdujemy więc zajęcie bądź nerwów czuciowych (wzrokowy, węchowy, słuchowy), bądź nerwów ruchowych (oczne, twarzowy), bądź nakoniec nerwów mięszanych (troisty, językogardłowy, błędny).

Porażenie nerwów ruchowych przedstawia wszystkie właściwości porażeń obwodowych; spotykamy więc tutaj odczyn zwyrodnienia na prąd elektryczny, zanik i drżenie włókienkowate unerwionych przez nerwy czaszkowe mięśni. Zajęcie nerwów czuciowych wyraża się albo zupełnem zniesieniem ich czynności (utrata węchu, wzroku, słuchu, smaku), albo podrażnieniem (nerwoból nerwu troistego) albo nakoniec zniesieniem czynności z równoczesnem podrażnieniem *(anaesthesia dolorosa* w zakresie nerwu troistego).

Opisany obraz chorobowy jest stale postępujący, trwa rok, rzadko dłużej i kończy się zawsze śmiercią.

Porażeniu połowiczemu nerwów mózgowych odpowiadają zawsze anatomiczne zmiany na podstawie czaszki. Tutaj więc należą: nowotwory kości (rak miękki), próchnienie

kości, sprawy przewlekłe zapalne opon podstawy mózgu (przymiot, gruźlica) i guzy podstawy mózgu. Nie zawsze można rozpoznać ściśle rodzaj sprawy patologicznej. W każdym razie należy się tutaj kierować następującemi objawami: 1) Rozległe, w zakresie 6—10. nerwów mózgowych połowicze porażenie przemawia za zajęciem kości a przeciwko sprawie w oponach. 2) Równoczesne zajęcie nerwów odległych od siebie, naprzykład nerwu węchowego i nerwu językowo-gardłowego z pominięciem nerwów pośrednich, przemawia przeciwko sprawie postępowej w kości a za zajęciem opon, w zapaleniu bowiem opon przewlekłem łatwiej zdarzyć się mogą rozrzucone ogniska podobne. 3) Zajęcie ograniczone do małej liczby nerwów z przebiegiem niepostępowym przemawia za guzem podstawy mózgu lub za zapaleniem opon, a przeciwko zajęciu kości; sprawy bowiem odbywające się w kości najczęściej mają charakter postępowy. Jednem słowem, jeżeli znajdziemy rozległe, kolejne, jednostronne, postępujące porażenie nerwów czaszkowych, to z wielkiem prawdopodobieństwem wnosić z tego możemy, że sprawa tkwi w kościach podstawy czaszki.

Jeżeli rozpoznanie rodzaju sprawy patologicznej przedstawia rzeczywiście pewne trudności i nie zawsze może być całkiem pewne, to zato rozpoznanie siedliska sprawy jest o wiele łatwiejsze i niekiedy z matematyczną ścisłością może być określone. Podstawę czaszki anatomicznie dzielę na 3 części czyli doły; dół czaszkowy przedni, średni i tylny, inaczej czołowy, skroniowy, potylicowy. Doły te są podwójne, prawe i lewe. W dole przednim znajdujemy tylko jeden nerw czaszkowy mianowicie węchowy, w dole średnim znajdujemy nerwy ruchowe oczne, nerw wzrokowy, słuchowy, twarzowy, troisty. W dole tylnym w okolicy dziury potylicowej znajdujemy nerwy językogardłowy, błędny, przydatkowy i podjęzykowy.

Otóż na zasadzie powyższego anatomicznego rozmieszczenia nerwów łatwo z kolejnego ich zajęcia wnosić możemy o siedlisku sprawy patologicznej. I tak ogniska tkwiące w dole czaszkowym przednim zajmą nerw węchowy. Na tym jednym objawie ogranicza się sprawa powierzchowna w oponach. Sprawa jednak głęboka w kości przejdzie na oczodół odpowiedniej strony i ztąd wywoływać będzie cały szereg objawów. Powstaje więc wysadzenie gałki ocznej i mniej więcej rozległe porażenie nerwów ruchowych oka. Do tego z czasem przyłączyć się może zapalenie i następowy zanik nerwu wzrokowego. Ognisko więc głębokie w przednim dole czaszkowym może zająć nerwy I-ej, II-ej, III-ej, IV-ej i VI-ej pary obok wysadzenia gałki ocznej.

Ogniska w dole czaszkowym średnim zająć mogą te same nerwy oprócz nerwu węchowego a niezależnie od tego nerwy: twarzowy, troisty i słuchowy. Wysadzenie gałki ocznej może i przy tej siedzibie ogniska występować i występuje w rzeczy samej bardzo często. Zależy ono albo od ucisku na zatokę jamistą, albo zakrzepu krwi w zatoce jamistej. Również i ucisk na same żyły oczne przy wyjściu ich z oczodołu w blizkości szczeliny oczodołowej górnej może sprawiać zastój krwi w żyłach ocznych, ich rozszerzenie, obrzęk tkanki pozagałkowej i co za tem idzie, wysadzenie samej gałki.

W dole czaszkowym średnim jest miejsce, gdzie ognisko wcale niewielkie może wywołać rozległe porażenia nerwów czaszkowych. Miejsce to odpowiada wierzchołkowi kości skalistej i przylegającym częściom kości klinowej, mianowicie trzonowi i wielkiemu skrzydłu tejże kości. Ognisko w tem miejscu, zajmujące niekiedy tylko obszar kilku centymetrów kwadratowych, może wywołać porażenie nerwów: twarzowego i słuchowego, zajęcie zwoju Gassera (nerw troisty), porażenie nerwów ruchowych ocznych, przechodzących przez zatokę jamistą i nakoniec zajęcie nerwu wzrokowego. Ognisko to także wskutek ucisku na zatokę jamistą może wywołać zastój krwi w żyłach ocznych i wysadzenie gałki ocznej.

Ogniska, zajmujące tylko dół czaszkowy potylicowy, są bardzo rzadkie; najczęściej sprawa nowotworowa z trzonu kości klinowej, z dołu średniego przechodzi na trzon kości potylicowej i wciąga następowo nerwy IX-ej, X-ej, XI-ej i XII-ej pary. A zatem zajęcie tych nerwów kończy najczęściej ciężki bardzo obraz połowiczego porażenia nerwów mózgowych.

Opisywany obecnie przez nas obraz chorobowy jest tak charakterystyczny, że odrazu naprowadza nas na właściwe rozpoznanie. Żadnej innej choroby mózgowia nie można wziąć za cierpienie opisywane. Najwięcej jeszcze podobieństwa klinicznego z tą sprawą przedstawia zajęcie jąder nerwów mózgowych, występujęce w postaci t. z. *polioencephalitis anterior* (Wernicke) i *polioencephalitis posterior v. paralysis progressiva bulbaris* (Duchenne). W obu tych chorobach mamy do czynienia z porażeniem zanikowem w zakresie nerwów czaszkowych ruchowych. W obu sprawa jest postępująca, kończy się prawie zawsze śmiercią chorego. Na tem jednak ogranicza się podobieństwo tych chorób do opisywanej przez nas sprawy. Różnice za to są wybitniejsze. Porażenie postępujące nerwów czaszkowych jest zawsze chorobą jednostronną, połowiczą, kiedy powyższe choroby zajmują zawsze nerwy z obu stron. Porażenie postępujące nerwów mózgowych zajmuje nietylko nerwy ruchowe, lecz również i nerwy czuciowe, kiedy zajęcie jąder ogranicza się ściśle do jąder nerwów ruchowych. Te dwie różnice są tak właściwe, że wystarczą do ścisłego odróżnienia w każdym przypadku.

II. O swoistem działaniu kokainy i jego zastósowaniu w terapii.

Podał

Dr. Salo Rossberger,

lekarz chorób zębów i uszu w Jarosławiu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

Przechodząc do szczegółowego umotywowania i objaśnienia każdego z osobna punktu szematu, przytoczyć należy, że nad punktem 1. nie ma potrzeby długo się rozwodzić, gdyż to sprawa w zasadzie zbyt jasna i znana i przez nikogo nie kwestyonowana. Tylko co do sposobu stósowania winienem dorzucić kilka słów a mianowicie, że do oka i ucha używam zakraplacza (1—2 kr.), gardziel i krtań zwykłem maczać tamponem na wpół wyciśnionym a w nosie na dziąsłach, podniebieniu, wargach, wywróconych powiekach, od bytnicy, otwartych ranach i wrzodach, używam także do połowy wyciśnionych pęczków waty z 10% rozczynu wodnego zostawiając je atoli w zetknięciu z pożądanem miejscem przez 3 lub 4 minuty, poczem w razie potrzeby i możności wstrzykiwam pod skórę lub w skórę, w błony śluzowe $^{1}/_{2}$% rozczyn wedle terytoryum tyle, ile i jak potrzeba (1—2,

3 i 4 strzykawki Pravaza), bylebym otrzymał wyraźną niedokrewność (białość) tkanek. Skoro tylko całe miejsce operacyjne jest białe; zaraz przystępuję do cięcia, względnie ekstrakcyi. Rękoczyn to tak prosty i nieszkodliwy, że każdy i niedoświadczony niechybnie ze skutkiem go wykona bez obawy o przypadłości, bo wie, że płyn jest nadzwyczaj roztworzony, że można spokojnie dać 2, 3 i 4 strzykawki. Kto nie wierzy, niech raczy spróbować a przekona się, że tak jest; zresztą powołuję się jeszcze na Fränkla Aleks.[1]), Schleicha[2]), Neudörfera[3]) i Hackera[4]). Dla dobitności przytoczę tu jeden ustęp z pracy Hackera: „Używając tych rozczynów, musi się wstrzyknąć kilka pełnych strzykawek pod skórę i w nią samą tak, że przez to powstaje naciek opuchlinowy. Przez wstrzyknięcie w skórę powstawać muszą białe bąble, przez wstrzyknięcie zaś podskórne formalne guzy i dopiero wtedy udaje się rzeczywiście wykonać drobne rękoczyny bez bólu. Wykonałem szereg mniejszych operacyj przy pomocy tego sposobu i byłem ze skutków b a r d z o z a d o w o l o n y. Pozwolę sobie przytoczyć kilka operacyj, w których po wstrzyknieniu $1/2$ do 10 strzykawek rozczynu otrzymano zupełne znieczulenie:

1) Wyjęcie igły tkwiącej pod paznogciem.

2) Operacya kaszaków różnej wielkości (3 razy).

3) Przyżeganie z powodu znamion *(naevus)* (2 razy) i naczyniaka wargi dolnej.

4) Operacya stulejki *(phimosis)*, raz z odcięciem koniuszka, drugi raz z utworzeniem płata według Rosera.

5) Wycięcie kawałka napletka z powodu wrzodu, wycięcia klina z wargi dolnej z powodu raka (2 razy).

6) Operacya paznogcia wrosłego (2 razy).

7) Wycięcie raka, szew i przemieszczenie czerwieni wargowej.

8) Wycięcie małego guza gruczołu przyusznego.

9) Wyskrobanie łyżeczką wrzodu gruźliczego na czole.

10) Wyjęcie górnego zęba trzonowego po powstaniu nacieku dziąsła nie uległego zapaleniu. Znieczulenie było zupełne w dwóch sprawach ropnych kości, przy przecięciu z powodu zanogcicy kostnej i z powodu zapalenia okostnej szczęki górnej. Tkanka, którą mamy znieczulić, musi mianowicie zupełnie przesiąknąć“.

A na innem miejscu tej samej pracy czytamy: „Jakkolwiek nie można się było obejść bez tego środka (kokainy), jednakże nie było się nigdy pewnym przykrej niespodzianki zatrucia dłużej trwającego. Ja sam widziałem niedawno u młodego człowieka po wstrzyknieniu $2/3$ s t r z y k a w k i $2^1/2\%$ r o z c z y n u (zatem koło 0·016 kokainy) w okolicę międzykrocza oprócz wymienionych już objawów (zblednienie, poty, zawroty i omdlenie) skurcze tężcowe w kończynach, trwające więcej niż $1/2$ godziny, skurczowe ruchy żujące z miarowem wysuwaniem i cofaniem języka, połączone z zupełnym bezgłosem. Po użyciu słabszych rozczynów w zwykły sposób skutek nie bywał tak wybitny a przecież i tu doszło się już do granicy dozwolonej dawki.

1) Wiener med. Wochenschft. 1887. Nr. 5.
2) Deutsche med. Ztg. 1891. 33, 44.
3) Int. klin. Rund. 1891. 31, 32 i 33.
4) Wiener klinische Wochenschrift. 1893. 10.:

formułka	Fränkla	0,10 Coc.	ad	10·00	Aq. dest.
„	Schleicha	0,75 „	„	100·00	„ „
„	Hackera	0,50 „	„	100·00	„ „ + 0,20 Natr. chlorat.
„	Neudörfera	0,50 „	„	50,00	Aq. amygd. amar.

Schleich[1]) postępuje podobnie, tylko ma inny rozczyn i wstrzykuje w głębi za każdem cięciem prawie, ile razy napotyka na nową tkankę; więc osobno w skórę, osobno w mięsień, osobno w otrzewną, osobno w więzadła i t. d. W nowszych czasach łączy Schleich mgłę eterową *(Aether-Spray)* z wstrzykiwaniem kokainy i chwali sobie wielce to postępowanie (o czem jeszcze raz później).

Że istotnie najgłówniejszą okolicznością w całej sprawie jest w gruncie rzeczy niedokrewność miejscowa, wynika z tego, że ani Hackerowi ani Schleichowi nie udało się znieczulenie ani czystą wodą, ani płynem fizyologicznym (0.60% rozcz. soli kuchennej), które przecież także sprawiają naciek, ale nie są dostatecznym bodźcem do wywołania niedokrewności a Bleichsteiner[2]) n. p. powiada najwyraźniej: „Jako punkt wyjścia dla rokowania co do udania się znieczulenia służy z u p e ł n e z b i e l e n i e dziąsła. Po skończeniu injekcyi należy odrazu przystąpić do ekstrakcyi“.

Przeciw teoryi infiltracyi przemawia jeszcze okoliczność, o której Unna[3]) tak się wyraża: „Powszechnem jest spostrzeżenie, że każde uczucie — a więc i ucznie bólu — tem mocniej dostaje się do świadomości, im większem jest ciśnienie, pod którem znajdują się odpowiednie zakończenia nerwowe. Najczulsze nasze narządy dotykowe są chronione od podrażnienia przez to, że są wścielone w luźną tkankę łączną n. p. na opuszkach palców i dłoni. To, co nazywamy natężaniem uwagi, czy to podczas wpatrywania się, słuchania, wąchania, czy dotykania, jest dowolnem zwiększaniem napięcia tkanki pod wpływem mięśni. Wiadomo też powszechnie, że wobec równych zresztą okoliczności ropień, n. p. czyrak tem jest boleśniejszy, im większy jest opór sąsiedniej tkanki“.

Jako *experimentum crucis* niejako umieściłem w szemacie punkt 4., który powiada, że tam, gdzie ze względów topograficznych czy patologicznych, trudno o miejscową sztuczną niedokrewność, tam i o miejscowe znieczulenie trudno a na dowód tego twierdzenia przytaczam kazuistykę Hackera, któremu znieczulenie zupełne udało się w niezapalonem dziąśle a nie udało się w sprawach zapalnych, jak zanogcicy kostnej, zapaleniu okostny zębodołowej i tkanki łącznej podskórnej *(phlegmone)*. Na dowód zaś, że sama niedokrewność przez się sprawia znieczulenie, przytaczam zdania Eichhorsta[4]) i Kaposiego[5]). U pierwszego czytamy: „Zdolność czucia skóry jest w wysokim stopniu zależną od prawidłowego krążenia. Jeżeli za pomocą opaski Esmarcha lub przez uciskanie tętnicy uczynimy pewną okolicę skóry niedokrewną albo przeciwnie, jeżeli uciskając żyłę wywołamy zastój, to za każdym razem wystąpią objawy znieczulenia. Nagłe zatkanie tętnicy przez zator, zamknięcie żyły przez zakrzep, zwężenie tętnic skórnych w skutek skurczu mięśni i t. p. wywołują po większej części za sobą znieczulenie“ a Kaposi pisze: „Obniżenie ciepłoty skóry, nieprawidłowe objawy ze strony czucia, zdrętwienie, mrowienie, z u p e ł n e z n i e c z u l e n i e należą do objawów podmiotowych, towarzyszących niedokrewności skóry“.

1) Berl. klin. Wochenschft. 1891. 35 i l. cit.
2) Oesterr. ungar. Viertelj. f. Zahnh. 1889. Zeszyt IV. (zalecając także 3% kok).
3) Unna. Dermatol. Studien. 1886. str. 7.
4) Handbuch d. sp. Pathol. u. Therapeut. 1887. Z. III. str. 102.
5) Pathol. u. Therapie d. Hautkr. 1887. str. 134 i 135.

Jest to przecież ogólnie znana rzecz, którą co do kokainy osobno wykazali jeszcze Baumgarten [1]), Viau [2]) i Fuchs [3]), który w swem trzeźwem i przedmiotowem przedstawieniu rzeczy tak się wyraża: „Działanie kokainy można najlepiej wytłómaczyć, przypuszczając, że drażni włókna nerwu współczulnego. Wywołany przez to skurcz naczyń sprawia zbladnienie spojówki i zwężenie źrenicy. Nie jest jeszcze rzeczą niewątpliwą, czy znieczulenie powierzchni gałki ocznej należy przypisać jej niedokrewności“.

Wiadomo, że działanie rozpylonego eteru i chlorku etylu jak i korylu (Argent) polega ostatecznie także tylko na niedokrewności, wywołanej wprawdzie za pomocą nagłego zniżenia ciepłoty o kilka lub kilkanaście stopni, jak to wykazał Hattyasy [4]) ścisłemi doświadczeniami a Anrep, Mosso [5]), Silex [6]) kładą działanie kokainy na równi z miejscowem nagłem oziębieniem za pomocą lodowych okładów, które przedewszystkiem zwężają naczynia.

Wobec tego, co się dotychczas powiedziało, nie wolno będzie chyba na przyszłość lekceważyć sobie kokainy nawet w 3$^0/_0$ rozczynach tam, gdzie bezkarnie nagłej niedokrewności wywoływać nie podobna a potrafimy sobie także paradoksalne na pozór zdania wytłómaczyć. Aby tylko przytoczyć przykład, dość będzie nadmienić, że wedle słusznego całkiem zdania Dra G. i innych, kokainy można użyć do zatamowania krwotoku a przecież każdy, kto używał bodaj 2 lub 3 razy kokainy, wie, że do jej słabych stron należy to właśnie, że sprawia krwotoki; przebieg bowiem często jest taki: aplikuję kokainę, robię ekstrakcyą zęba, nie ma prawie ani kropli krwi, pacyent dziwi się, płucze trochę, poczem dopiero pokazuje się krew, dostaje waty do ust i idzie do domu. Za godzinę przychodzi, że mu strasznie krew się leje i nie można jej zatamować. Zdarza się to częściej u zębów dolnych, zwłaszcza trzonowych a spodziewać się można tam, gdzie po ekstrakcyi widać albo można namacać wyniosłość (*septum*) zębodołu, wchodzącą między oba korzonki. Ja sam, dwukrotnie w nosie operowany, dostałem w obu razach w kilka godzin po zabiegu dość znacznych krwotoków.

Jeżeli znowu prawdą jest, że przedewszystkiem do miejscowego znieczulenia trzeba niedokrewności miejscowej, to pojmujemy także, dlaczego Corning, Roberts i Wölfler dochodzą do zdumiewających skutków kokainy z pomocą opaski Esmarcha, dlaczego Schleich szczęśliwie łączy mgłę eterową z kokainą, dlaczego Heryng i Gottstein [7]) przed użyciem kokainy w krtani i gardzieli każą pacyentom łykać kawałki lodu i t. d.

I przypadłości kokainowe może okażą nam się w innem świetle, jeśli uwzględnimy więcej działanie alkaloidu na naczynia i przedstawimy sobie odruchowe działanie wedle punktu siódmego wzoru.

Wiadomo, że uciśnienie tętnicy dogłowowej, choćby przez małą część minuty wywołuje natychmiast niedokrewność mózgu, na którą on odpowiada przerwaniem swych czynności i na tem polega szybka śmierć przy strangulacyi. Jeżeli natomiast w pewnej okolicy głowy wywołujemy niedokrewność, to mózg pod tym zabiegiem może cierpieć dwojako. Albo krew z miejsca niedokrewnego wyparta dostaje się do niego sprawiając tam rozszerzenie naczyń, albo naczynia mózgu pod wpływem czynnika sprawiającego niedokrewność także się zwężają, sprowadzając stan i objawy nagłej jego niedokrewności.

Przy tem wszystkiem zdarza się często, że odruchowo rozszerzają się naczynia brzuszne, zwłaszcza jeżeli zastósowano kokainę n. p. w odbytnicy lub międzykroczu (Hacker) a Potter [1]) donosi o pewnej kobiecie, która dostawała każdym razem parcia na stolec za pomazaniem jej błony śluzowej nosa 2—4$^0/_0$ kokainą. Spostrzeżenie to kontynuował Polter przez trzy miesiące.

Może być, że wewnętrzne stósowanie kokainy przeciw wymiotom i na zaspokojenie głodu (Schlesinger i Rössler [2]) także polega na działaniu zwężającem naczynia; przecież lodem zwykliśmy zwalczać chwilowo wymioty, krwotoki i głód.

To też z mego stanowiska trudno się godzić bezwzględnie na takie twierdzenia Dra G., jak „znieczulenie (kokainowe) powstaje przez porażenie zakończeń obwodowych nerwów czuciowych a że przy tem zwężają się naczynia obwodowe a w skutek tego pojawiają się bezkrwistość, bladość i zmniejszenie wydzieliny, to ma dla nas tylko znaczenie podrzędne, własność ta jednak kokainy jest podstawą jej działania, jako środka tamującego krwotoki“, albo takie n. p. „że zdanie Pernicego, Ulbricha i Spitzera, jakoby w tkankach zapalnych kokaina w ogóle nie działała, jest wprost śmieszne, dlatego, że *ungnis incarnatus* daje bez wyjątku najidealniejsze znieczulenie“. Dobrze, ale czy *unguis incarnatus* jest wzorem spraw zapalnych takich, jak zapalenie tkanki łącznej podskórnej, zanogcica, zapalenie okostny zębodołowej, ropień limfatyczny, dymienica, czyrak i wąglik a przecież o tem się mówi i myśli. Tak samo nie pojmuję Łepkowskiego [3]), który w ogóle przyłącza się zupełnie do zdania Gabryszewskiego a przecież w ciągu rozprawki od niego odstępuje, biorąc za zasadę, że trzeba „odróżnić wszystkie stadya zapalnych objawów“. Łepkowski nie wierzy w to, „że samo wtłoczenie płynu sprawia znieczulenie“ a mimo to, że dla niego zwężenie naczyń jest ważnym objawem, z którym się liczyć trzeba, odwołuje się do zdania Feinberga: „że kokaina po bezpośredniem zetknięciu się z nerwami obwodowymi natychmiast wywołuje znieczulenie“.

Mojem zdaniem dobrze będzie sprzeczne nieraz zdania autorów, którym ani znajomości sprawy, ani przedmiotowości w obserwacyi, ani dzielności pióra odmówić nie można, zawsze brać *cum grano salis* a wtenczas unikniemy zawodów i zniknie może powstająca już w publiczności kokainofobia, która, jak każde zdanie lekarskie ludu, w orzeczeniu lekarskiem powag często ma swój początek.

Na tem kończę swe uwagi o kokainie, wyrażając przytem nadzieję, że może znajdzie się ktoś, co zechce doświadczeniami potwierdzić przypuszczenia w niniejszej rozprawce podane.

Jarosław, dnia 26. Lutego 1894.

[1]) Wiener med. Wochenschft. 1886. 44.
[2]) L'odontologie. 1886. ref. Goebla w *Przegl. lek.*
[3]) Lehrb. d. Augkr. 1889. str. 284 i 285.
[4]) Oester.-Ungar. V. f. Z. 1892. Zeszyt IV.
[5]) Arch. ital. de biolog. ref. w D. med. Ztg. 1891. Nr. 54.
[6]) Berlin. klin. Wochens. 1893. 12. ref. Szulisławskiego w *Przegl. lek.* 1894. Nr. 3.
[7]) Krank. d. Kehlkopf. 1890. str. 85.

[1]) Buffalo med. and surg. journal. 1887. ref. w Wiener klinische Wochenschft. 1888. Nr. 15.
[2]) Wiener klin. Wochenschft. 1893. 31 i 46.
[3]) *Nowiny lek.* 1894. Nr. 2. str. 61.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Śródmaciczne czyli łożyskowe zarażenie się płodu kiłą przypuszczali z dawniejszych syfilografów Augustus Ferryeryusz (l. c.) i Astruc[1]; zdaniem wymienionych autorów płód może otrzymać kiłę od matki za pośrednictwem „zakażonych soków.“ Podobne też zdanie wypowiedzieli Mauriceau[2]) i Mahon[3]), który twierdził, iż kiłowe dzieci, spłodzone z jajka zakażonego umierają zwykle w łonie matki, te zaś dzieci, które zarażają się kiłą przez obieg krwi w łożysku, rodzą się z objawami kiły lub też stają się później kiłowemi. De Blegny[4]) oświadczał, że dziecię spłodzone przez zdrowych i niekiłowych rodziców może podczas ciąży zarazić się w łonie matki kiłą, której matka nabyła już po zapłodnieniu; przyrzut kiłowy wtedy przenosi się z matki na płód za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku. Teoryę śródmacicznego czyli łożyskowego zakażenia się płodu kiłą przyjęło wkrótce wielu syfilodologów, mianowicie Hufeland[5]), Acton[6]), Baumés[7]), Putegnat[8]), Simon[9]), Lindwurm[10]); z nowszych zaś syfilidologów za teoryą łożyskowego zakażenia się płodu kiłą oświadczyli się Jullien[11]), Krówczyński[12]), Profeta[13]), Mauriac[14]) i Kaposi[15]).

Niektórzy ze zwolenników wymienionej teoryi utrzymywali, iż kiła, nabyta przez matkę w jakimkolwiek okresie, zawsze może udzielić się potomstwu (Nevermann[16]), Cooper[17]), Oewre[18]), Notta, Karczewski[19]), Engelstedt, Flindt, Hudson[20]), Krówczyński, Neumann[21]); według zaś Etienna[22]) najzgubniej wpływa na zdrowie potomstwa kiła nabyta przez matkę w pierwszej połowie ciąży, kiła zaś nabyta w drugiej połowie brzemienności niekiedy tylko udziela się płodowi. Inni zaś twierdzili, iż płód otrzymuje tylko kiłę nabytą przez matkę w pierwszych miesiącach ciąży; jeśli zaś matka zarazi się kiłą w końcu ciąży, płód pozostaje zdrowym i wcale na kiłę nie zapada (Lessa[1]), Thierfelder[2]), Ricord[3]), Mireur[4]), Whitead[5]), Rodriguez[6]), Koebner[7]), Boeck[8]), Wiede[9]), Fraenkel[10]), Simes[11]), Lesser[12]). Niebrakło też głosów utrzymujących, iż kiła nabyta przez matkę w ostatnich miesiącach ciąży zwykle udziela się płodowi, kiła zaś matki, nabyta przez nią w pierwszej połowie ciąży, wcale nie przekazuje się potomstwu (Bayer[13]), von Rosen[14]); odmiennie znów brzmi zdanie Didaya[15]): powiada on, iż płód od 2-go do 7-go miesiąca ciąży w najściślejszym pozostaje związku z matką, nabywa więc tylko wtedy kiły od matki, jeśli ta zaraziła się w 2—7. miesiącu ciąży, kiła zaś nabyta przez matkę w pierwszym lub dziewiątym miesiącu ciąży nie przekazuje się wcale potomstwu.

Prawie wszyscy wyżej wymienieni autorowie utrzymują zgodnie, iż nabyta podczas ciąży kiła matki wtedy tylko udziela się płodowi, jeżeli ogólne objawy kiły wystąpiły u matki podczas ciąży; Balling[16]) zaś i Rosen[17]) twierdzą, iż nawet kiła matki, w pierwotnym okresie znajdująca się może się udzielić potomstwu podczas ciąży; przytoczone jednak przez Rosena spostrzeżenia wcale tego nie dowodzą, albowiem w pierwszych 2ch przypadkach rzekome pierwotne owrzodzenia u matek mogły być i objawami drugorzędnej kiły, nadto zaś we wszystkich trzech przypadkach Rosena nic się nie wspomina o stanie zdrowia ojca podczas zapłodnienia matki a więc nie można zaręczyć, iżby kiła dzieci w wymienionych przypadkach pochodzić musiała od matki.

Przeważna część autorów, przypuszczających możliwość śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą w ciągu brzemienności, uzasadnia swe twierdzenia teoretycznemi rozumowaniami. Niektórzy tylko z nich wzmiankują pobieżnie o spostrzeżeniach, w których wypadało przypuszczać łożyskowe zarażenia się kiłą (Ferryeryusz, Astruc, Mahon, Hölder, Simon, Lindwurm, Jullien). Blaise[18]) w swej monografii zestawił wszystkie teoretyczne dowody, jakie tylko można było zebrać do uzasadnienia wymienionej teoryi; powołuje się on głównie na najnowsze badania i poszukiwania pasorzytnicze, z których wypada, iż przyrzuty chorób zakaźnych mogą przenikać przez łożysko; następnie przytacza przypadki, w których matki cierpiące podczas ciąży na ostre osutki, wydawały na świat dzieci z objawami tychże chorób. Jak widzimy więc, Blaise idąc za przykładem Rotha, posługuje się li tylko analogią i teorety-

[1]) Wiener medizin. Jahrbuch. 1875. str. 414.
[2]) Traité des maladies des femmes grosses. IV. édit. Paris 1694.. str. 20, 60. 83, 110.
[3]) Recherches sur l'existence, la nature et la communication des maladies syphilitique. Paris. 1802. str. 407.
[4]) H. Bleise, de l'hérédité syphilitiques. Paris 1883. str. 14.
[5]) Hufeland's Journal. 1798. IV. str. 498.
[6]) Behrend's Syphilidologie. 1841. III. 4. str. 581.
[7]) Tamże 1842. IV. str. 63—64.
[8]) Histoire et thérapeutique de la Syphilis des nouveau-nés. Paris. 1854. str. 145.
[9]) l. c. str. 443.
[10]) Würzburger medic. Zeitschrift. 1862. III. str. 145.
[11]) l. c str. 996.
[12]) l. c str. 331.
[13]) Trattato pratico delle malattie veneree. Palermo 1888. str. 937—938.
[14]) Syphilis tertiaire et héréditaire. Paris 1890. str. 1092—1092.
[15]) Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart 1891. str. 386.
[16]) Schmidt's Jahrbücher. 1840 1. str. 69.
[17]) Traité de pathol. chirurgicale. Paris 1851. str. 427.
[18]) Pamiętnik Tow. Lek. Warsz 1870. LXIV. 1. str. 43.
[19]) Archives of dermatology. 1880. str. 314.
[20]) Wiener mediz. Presse. 1885. 30. str. 957.
[21]) Annales de gynécologie. 1892. Avril.
[22]) La syphilis peut-elle être transmise de la mère à l'enfant. Thése. Montpellier. 1838.

[1]) Behrend's Syphilidologie. N. R. 1862. III. str. 534.
[2]) Diday l. c. str. 41.
[3]) l. c. str. 28.
[4]) Arch. génér. de médecine. 1857. Sept. str. 371—376.
[5]) Behrend's Syphilidologie. N. R. 1861. III. str. 534.
[6]) Klinische und experim. Mittheilungen. Erlangen 1864. s. 141.
[7]) l. c. str. 177.
[8]) l. c. str. 40, 42 i 80.
[9]) Arch. f. Gynaecologie. 1873 V. str. 53.
[10]) Polyclinic. Philad. 1883. I. str. 81.
[11]) Schmidt's Jahrbücher 1883. 4. str. 43.
[12]) Hufeland's Journal. 1821. XXIII. stück 3, str. 74.
[13]) Behrend's Syphilidologie. N. R. III. 1862. str. 180—185.
[14]) l. c. str. 41—42 i 48.
[15]) Hecker's Annalen. 1832. XXIV. Oct. str. 132.
[16]) l. c. str. 148.
[17]) De l'hérédité syphilitique. Paris 1883. str. 16—20, 25—28, 30—31.
[18]) Vassal, l. c. str. 50.

cznemi rozumowaniami dla udowodnienia teoryi łożyskowego zarażenia się kiłą a nie opierając się wcale na ścisłych i dokładnych doświadczeniach i spostrzeżeniach, tyczących się wprost matek kiłowych

Inni jednak zwolennicy teoryi śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą nie ograniczając się li tylko do teoretycznych argumentów, przytaczają na udowodnienie wymienionej teoryi przypadki, w których zdrowe w chwili zapłodnienia matki, zaraziwszy się podczas ciąży kiłą, udzieliły jej za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku płodowi.

Przystępując do rozpatrzenia wymienionych przypadków, zaznaczmy wymagania, jakim powinny zadośćuczynić spostrzeżenia mające dowieść łożyskowego zarażenia się płodu kiłą nabytą przez matkę w czasie ciąży:

1) przedewszystkiem stan zdrowia obojga rodziców przed zapłodnieniem i w chwili zapłodnienia musi być dobrze wiadomy i dokładnie zbadany,

2) należy wykazać, iż ojciec przed zapłodnieniem nie przebywał kiły,

3) nie powinno też ulegać wątpliwości, iż matka przed zajściem w ciążę i w chwili zapłodnienia nie miała kiły i dopiero nabyła jej podczas ciąży,

4) kiła płodu lub noworodka powinna być niewątpliwą; przedwczesny poród i podejrzane objawy chorobowe u dziecka w obec braku wyraźnych zmian kiłowych nie są wcale przekonywającymi dowodami kiły potomstwa,

5) powinniśmy wiedzieć, kto jest rzeczywistym ojcem dziecka.

Ostatnia okoliczność jest wprawdzie najtrudniejsza i najczęściej jej brakuje a wyjaśnienie kwestyi ojcostwa można niekiedy załatwić dzięki podobieństwu dziecka do swego rodzica.

Stósując powyższe wymagania i warunki do ogłoszonych już przypadków śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą, nabytą przez matkę podczas ciąży, rozpatrzmy się kolejno w należących tu spostrzeżeniach.

W przypadkach G i b e r t a [1]), S t a r c k a [2]) i D e p a u l a [3]), tyczących się jednak matek, które nabyły kiły w 2—4 miesiącu ciąży i następnie wydały na świat dzieci kiłowe, brakuje wcale wiadomości o stanie zdrowia ojca a więc nie ma pewności, iż kiła potomstwa pochodziła wyłącznie od matki. W przypadku D o e p p a [4]) brakuje ścisłych i dokładnych wskazówek o zdrowiu ojca; nie można więc twierdzić, iżby dziecię zaraziło się kiłą od matki, która nabyła choroby w 5ym miesiącu ciąży.

W przypadku P o r t h e r a [5]) kiła dziecka mogła pochodzić także od ojca, gdyż u niego były wybitne objawy kiłowe podczas ciąży; choroba więc ojca musiała być wcześniejszego pochodzenia od kiły matki, u której objawy kiłowe wystąpiły w 3. miesiącu ciąży; można przypuszczać, iż w wymienionym przypadku kiłowe nasienie było przyczyną choroby matki i dziecięcia.

[1]) Edinburgh. medical und surgical Journal. 1851. str. 366.
[2]) Gazette médicale de Paris. 1951. str. 472.
[3]) Behrend's Syphilidologie. 1840. II. str. 316.
[4]) Dublin Jour. medic. science. 1857. May.
[5]) Traité des maladies vénériennes chez les enfants nouveaunés. 1810. str. 142, 155, 157 i 159.

W czterech przypadkach B e r t i n a [1]) nie ma pewności, iżby matka w chwili zapłodnienia była wolną od kiły; o stanie zaś zdrowia ojca brakowało wiadomości.

Przypadek spostrzegany przez D u b o i s a [2]) wypada też zaliczyć do rzędu wątpliwych, albowiem stan zdrowia ojca pozostał nieznanym, objawy zaś w płucach i na skórze u dobrze odżywionego i zresztą zdrowego dziecka mogły być niekiłowymi.

W przypadku B a u m è s a [3]) mąż nabywszy kiły, zaraził swą żonę, która znajdowała się wtedy w 7ym miesiącu ciąży; następnie pojawiły się u niej pierwotne, później zaś drugorzędne przypady kiły. U donoszonego i pozornie zdrowego dziecka w 2 tygodnie po urodzeniu wystąpiły na skórze rozrzucone wykwity niesztowicowe, (*ecthymata*), które zresztą zagoiły się wkrótce; w obec braku u dziecka wszelkich innych oznak kiłowych, wziąwszy też pod uwagę krótki przebieg osutki, oraz ogólny dobry stan zdrowia dziecka, słusznie można powątpiewać o kiłowej naturze choroby dziecka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Przyczynek do terapii cholery azyatyckiej.

Podał
Dr. Józef Ulanowski z Lublina.

Z wykazu liczby zapadłych i zmarłych na cholerę w r. 1892., pomieszczonego w wydawanym przez Departament Lekarski w Petersburgu *Gońcu higieny społecznej*, *Medycyny sądowej i praktycznej* za miesiąc Luty 1894. roku, przekonywamy się, że w całem Cesarstwie rosyjskiem zapadło na cholerę 605.058 ludzi a zmarło 296.852, że najwięcej ucierpiała gubernia Saratowska, w której na 2.493.000 ludności zachorowało 43.247, zmarło 20.788 a w samem mieście gubernialnem Saratowie zachorowało 4.172, zmarło 2.239, przy ludności 130.000, że w gubernii Lubelskiej, mającej ludności 1,090,000 zachorowało 6,282, zmarło 2,643 a w samem mieście Lublinie o ludności 53.000 zachorowało 2.284 a zmarło 813.

W powyższym wykazie, jak również w wykazie szczegółowym epidemii cholery z r. 1892. w gubernii Lubelskiej i m. Lublinie nie pomieszczono statystyki kobiet w ogóle a tembardziej ciężarnych zapadłych i zmarłych na cholerę.

Wyczytawszy w N-rze 47 *Przeglądu lekarskiego* z roku 1892. wiadomość podaną przez Dra Tipjakowa o cholerze u kobiet, z której okazuje się, że u wszystkich 7 ciężarnych w różnych okresach ciąży, przybyłych do szpitala w Saratowie w początkach cholery, ciąża w miarę postępu choroby przerywała się, nadto wiedząc z *Przeglądu lek.*, że pierwsza, zapadła na cholerę w Krakowie kobieta, była ciężarną, że poroniła i potem zmarła, zainteresowałem się tą ważną kwestyą, tembardziej, że niosąc pomoc ciężarnym, zapadłym na cholerę w czasie epidemii w Lublinie w r. 1867, jakoteż i w r. 1892, widziałem odmienne rezultaty, t. j. że ciąża nie przerywała się i że ciężarne, wyzdrowiawszy z cholery, w kilka miesięcy rodziły dzieci donoszone i zupełnie wy-

[1]) B o u c h u t, Traité pratique des maladies des nouveau-nés. 1852. str. 878.
[2]) Précis théorique et pratique des maladies vénériennes. 1840. I. str. 169.
[3]) l. c. str. 47.

kształcone i zdrowe. Chcąc mieć dane statystyczne w tym względzie, zapytałem się wielu kolegów, otrzymałem jednakże odpowiedzi, że wszystkie ciężarne, zapadłe w roku 1892. na cholerę, poroniły lub odbyły połóg przedwczesny i że mała tylko liczba wyzdrowiała a mianowicie: z 34 ciężarnych, zapadłych na cholerę, wyzdrowiało 8, po rozwiązaniu w tej liczbie jedna miała bliźnięta obumarłe. Sześć zmarło nie poroniwszy. Ośmnaście zmarło po poronieniu lub po porodzie przedwczesnym. Dwie, zapadłe na cholerę w końcu pierwszej połowy ciąży a mianowicie: D. H., mająca lat 29, ciąża 5-ta, urodziła d. 2. Lutego 1893. r. donoszonego, zupełnie zdrowego chłopca, pomimo, że cholera była bardzo mocna w ciągu dwóch dni, ze skurczami mięśni, wymiotami obfitemi, biegunką i zupełnem wstrzymaniem wydzielania się moczu i druga B. R. B., mająca lat 27, 6-ta ciąża, urodziła zupełnie zdrową, donoszoną dziewczynkę w połowie Stycznia 1893. roku.

Chorym ciężarnym zwykle podawałem następujące środki: w ciągu pierwszej doby:

Rp. *Infusi radd. rhei e.* 4·00
l. a. par. 210·00
Acidi muriatici dil. 2·50
Syr. menthae pip. 30·00
MDS. Co godzina zażywać po łyżce stołowej.
Rp. *Mentholi* 4·00
Spiritus vini rectif. 120·00
MDS. Watę zmoczoną w tym płynie przykładać na brzuch w okolicy żołądka, powtarzać to co parę godzin i tymże płynem nacierać lekko mięśnie podległe skurczom.

Też same środki stósowałem w ciągu drugiej doby, jeżeli stolce miały jeszcze wejrzenie płynu ryżowego. W ciągu dni następnych aż do wyzdrowienia przepisywałem tym chorym:

Rp. *Infusi radd. acori calami e* 6·00
l. a. par. 210·00
Acidi muriatici dil. 2·50
Syr. menthae pip. 30·00
MDS. Co 2 godziny zażywać po łyżce stołowej.

Obok tego kazałem podawać rum, koniak, wódkę miętową, kawę czarną zimną, herbatę i odwar słaby mięty w ilościach małych co parę godzin. Ozdrowieńcy zaś spożywali żółtka ubite z cukrem i z małą ilością rumu dobrego (od 4-ch do 6-ciu żółtek dziennie).

Kobiety ciężarne, zapadłe na cholerę, leczone przez innych lekarzy, używały kalomelu i salolu, wstrzykiwano im kamforę i morfinę, dawano enteroklizy i kąpiele, lub nacierania lodem.

Również w czasie epidemii cholery w Lublinie w roku 1867. dwie kobiety ciężarne: I. F., lat 24 i R. G., lat 22, w parę miesięcy po wygaśnięciu epidemii, urodziły dzieci zdrowe.

Powyższego sposobu leczenia kobiet ciężarnych używam u wszystkich zapadłych na cholerę, t. j. mężczyzn, kobiet i dzieci, tylko miarkuję stósownie do potrzeby dawki tych środków; kąpieli zaś, injekcyj, nacierań lodem i enterokliz, ani kalomelu wcale nie używam i jestem zdania na zasadzie % śmiertelności, wykazanej w Hamburgu i w wielu miastach Francyi i Włoch, że lekarze tamtejsi, którzy ich używali na wielką skalę, wcale pomyślnych rezultatów nie widzieli.

V. Oceny i sprawozdania.

Rybicki Stanisław: **O zapobiegawczem leczeniu wścieklizny u człowieka z krytycznym poglądem na metodę Pasteura.** Warszawa, str. 122. (Osobna odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.).*

Autor przytaczając na wstępie ogólnikowo patogenezę i spostrzeżenia tyczące się wścieklizny, podaje zarazem w wątpliwość dzisiejsze pojęcia a w szczególności pojęcia Pasteura o tej chorobie, uwzględniając starszych autorów jak zapatrywanie Grevego, Magendiego, Hertwiga i innych, z których niejedne, jak n. p. zapatrywanie Hertwiga o przeszczepieniu nerwów, należą dzisiaj tylko do historyi. W dalszym ciągu swej pracy R. oparty na spostrzeżeniach kilku kolegów wykazuje, że częstotliwość wybuchu wścieklizny u ludzi i zwierząt po pokąsaniach przez zwierzęta rzeczywiście wściekłe jest nierównie mniejsza, aniżeli Pasteur podaje. Z tego wnosi, że tak dobrze zwierzęta a jeszcze więcej człowiek posiadają przeciwko wściekliźnie wrodzoną właściwą odporność, dzięki której a nie jakiemuś leczeniu 90% pokąsanych zostaje ocalonych.

Roztrząsnąwszy następnie z powątpiewaniem metodę Pasteura zapobiegawczego leczenia wścieklizny i jego zwolenników jak Bardacha, Bujwida i innych, stara się wykazać, że leczenie wytworem jadu wścieklizny, który ma działać po wstrzyknieniu przez osłabienie lub zniesienie szkodliwego wpływu na ustrój jadu drogą naturalną wszczepionego, jest błędne, jak wykazały analogiczne doświadczenia z tuberkuliną Kocha. Nadmienia przytem, że gdyby nawet zapatrywanie Kocha okazało się było prawdziwem, to w każdym razie działanie tuberkuliny na ustrój nie polega na stopniowem oswajaniu organizmu przez wprowadzenie prątków gruźliczych, lecz na działaniu zabójczem wyjałowionych produktów wymiany bakteryj.

Uważając wprowadzenie jadu wścieklizny do ustroju za niebezpieczne, potępia jeszcze więcej aniżeli pasteurowski, sposób Högyesa, polegający na wstrzykiwaniu pokąsanym coraz bardziej stężonych i nieosłabionych roztworów zarazka wścieklizny, sądząc, że tą drogą niewątpliwie żywe mikroorganizmy wścieklizny, (których istnienie przypuszcza), dostają się do ustroju i jeżeli dotychczas zgubnych nie ma następstw, to ten korzystny rezultat tylko jedynie wrodzonej odporności człowieka na jad wścieklizny przypisać należy. Mimo tego i mimo nasuwających się wątpliwości autor nie przeczy stanowczo, że zwierzęta zdrowe jak psy, szczepione osłabionym i stopniowo coraz jadowitszym zarazkiem wścieklizny, mogą uzyskać na pewien czas odporność przeciw naturalnemu zarażeniu. Nie może jednak nigdy wysnuć wniosku, by zwierzę już przed szczepieniem zarażone można wyleczyć w ten sposób, gdyż trzebaby przypuścić, że przyroda ma odmienne drogi dostawania się jadu do ośrodków nerwowych a inne, jak to przyjął Bujwid, dla zarazka przez szczepienie wprowadzonego, mianowicie według Bujwida dla pierwszego drogi za pośrednictwem nerwów a dla drugiego narząd krążenia, w skutek czego ma zarazek sztucznie wszczepiony uprzedzać działanie zarazka drogą naturalną t. j. przez pokąsanie wprowadzonego. Ażeby więc czemuś podobnemu uwierzyć, trzebaby zdaniem autora wykryć zupełnie nowe prawa krążenia dla zarazków przez pokąsanie wszczepionych i dla zarazków sztucznie przez wstrzykiwanie wprowadzonych. Również porównywanie ze strony zwolenników metody Pasteura z ochronnym wpływem krowianki nie wytrzymuje, zdaniem autora, najmniejszej krytyki, albowiem przez szczepienie krowianki otrzymuje się łagodną formę ospy, która chroni na pewien czas od naturalnego zarażenia, gdy tymczasem szczepienie wścieklizny nie wywołuje ani łagodnej wścieklizny ani w ogóle żadnych reakcyjnych objawów.

Celem wykazania, że przyżeganie ran u pokąsanych jest usprawiedliwionym a nie zbytecznym i do żadnego celu nie prowadzącym zabiegiem, jak twierdzą uczniowie Pasteura,

przedstawia autor kazuistykę przypadków wścieklizny z 10 gubernij Król. pol. i miasta Warszawy, spostrzeganych przez lekarzy. Skrzętnie zebraną kazuistykę dzieli: *a)* na przypadki zapobiegawczo wcale nie leczone; *b)* na przypadki leczone, lecz nie wiadomo czem lub zbyt późno lub niewłaściwie n. p. wodą karbolową; *c)* na przypadki, w których u pokąsanych przypalano rany; *d)* na przypadki w których stósowano bezskutecznie metodę Pasteura, oraz *e)* na przypadki mogące nasuwać podejrzenie o szkodliwości metody Pasteura. Dla ułatwienia przeglądu, dołącza autor w końcu tablice statystyczne przedstawiające śmiertelność u ludzi pokąsanych, leczonych przypalaniem i zupełnie nieleczonych za czas od r. 1873—1886. oraz śmiertelność od r. 1886—1891. u ludzi nieleczonych, leczonych przypalaniem lub metodą Pasteura. Z tych tablic okazuje się, że na ludność 6.100.000 w ciągu 13 lat, t. j. do roku 1886., zmarło na wściekliznę 76 osób, z nich 62 nieleczonych a 14 leczonych przyżeganiem, od r. 1886—1891. zaś zmarło 54 osób, z tych 38 zupełnie nieleczonych, 3 mimo przyżegania, 2 po przyżeganiu i leczeniu metodą Pasteura a 11 po leczeniu wyłącznem metodą Pasteura. Z powyższego zestawienia wypada, że średnio rocznie na milion umierał w Król. pol. w ciągu 18 lat 1 człowiek. Z tych danych wnosi autor, że liczba przypadków wścieklizny w ostatnich 5-ciu latach, t. j. od stósowania metedy Pasteura znacznie się wzmogła, gdyż do r. 1886. na 6.100.000 mieszkańców zmarło 76 czyli 6 rocznie, gdy tymczasem od r. 1887—1891. osób 54 czyli średnio 11 na rok a uwzględniając nawet, że ludność w tym czasie wzrosła do 8.300.000, to zawsze jeszcze przypadnie 9 przypadków na milion. Opierając się na statystyce pokąsań, wykazuje autor, że w Król. pol. umiera na wściekliznę z ludzi nieleczonych zaledwie 1·7% wbrew obliczeniom Pasteura, który podaje, że średnio 10% pokąsanych ginie na wściekliznę. Z uwagi, że sam Pasteur przyznaje, że mimo jego leczenia umiera jeszcze 1% a z pokąsanych w twarz nawet 2%, przeto sądzi, że porównywając śmiertelność po pokąsaniach u nieleczonych, jak wyżej, ze śmiertelnością po szczepieniu zapobiegawczem, nic a nic nie zyskuje się na metodzie Pasteura. Uwzględniając następnie statystykę prof. Bujwida, któremu od roku 1886—1891. na 1175 szczepionych zmarło 3 osób czyli 0·35% zaznacza, że przez przeciąg 18-tu lat z leczonych przyżeganiem osób 5940 zmarło 17 osób czyli 0·22, wynik w każdym razie dla starej metody bardzo korzystny.

W końcu dochodzi autor na podstawie swej pracy do następujących wniosków:

1) Wścieklizna jest u ludzi chorobą nadzwyczaj rzadką, gdyż średnio umiera jeden człowiek na milion.

2) Z liczby pokąsanych zapada na wściekliznę tylko zaledwie 2%.

3) Z uwagi, że leczenie zapobiegawcze ludzi pokąsanych jest nieuzasadnione, przeto jedynie szczepienie ze względu na doświadczenia na zwierzętach, może mieć znaczenie ochronne a nigdy lecznicze.

4) Szczepienie w Król. pol. nie zmniejszyło śmiertelności ani nawet o jednego człowieka.

5) Jako środek jedynie logiczny oraz jako środek dający najwięcej rękojmi uważać należy przypalanie ran u pokąsanych.

Rzecz cała napisana spokojnie i ściśle przedmiotowo, dąży do wykrycia prawdy w leczniczych zabiegach sposobem Pasteura, które obecnie w żadnym razie naukowo, lecz jedynie tylko empirycznie usprawiedliwić można, tem więcej, że przyżeganie ran nieraz zawodzi, jak wykazał sam autor oraz i inni, jak Bollinger, który przyznaje, że z zarażonych osób nieleczonych przyżeganiem umiera 83% a z leczonych przyżeganiem 33%. Na poparcie szczepienia mogą posłużyć wyniki leczenia pokąsanych ludzi przez wilki w ostatnich czasach w Sadogórze, które przemawiają na korzyść tej metody. Że szczepienie sposobem Pasteura zdaje się, że jest zupełnie nieszkodliwe, może dowieść swoją osobą żyjący uczeń Pasteura, prof. Ullmann, który nie będąc pokąsanym, jedynie tylko dla przeświadczenia się o skutkach, szczepił się w r. 1887. w zakładzie Pasteura bez żadnej szkody dla swego zdrowia.

W żadnym razie ani przez szczepienie ani przez przyżeganie nie usunie się śmiertelności na wściekliznę u ludzi, lecz jedynie tylko przez ścisłe wykonywanie policyi weterynarskiej, t. j. bezwzględne tępienie nie tylko chorych, lecz i wszystkich podejrzanych psów oraz przez dążenie do zmniejszenia liczby psów przez ustanowienie wysokich podatków, jakoteż zakładanie stale psom kagańców. Jeżeli bowiem dzięki policyi weterynarskiej udało się już po części w Niemczech wytępić wściekliznę a w Austyi księgosusz, zarazę stadną i ospę owczą, można mieć niepłonną nadzieję, że i ta dla ludzi tak groźna zoonoza, t. j. wścieklizna jako choroba czysto zakaźna, przy energicznem postępowaniu zniknie wkrótce z powierzchni ziemi. *Dr. Walentowicz.*

Chirurgia.

V. Chalot: **Eter jako środek znieczulający.**

Autor, profesor kliniki chirurgicznej w Tuluzie, przez 20 lat używał do usypiania chorych wyłącznie chloroformu, zraziwszy się do eterowej narkozy kilku niefortunnemi próbami, wykonanemi przed laty. Dopiero przed dwoma laty rozpoczął na nowo doświadczenia z eterem i zmieniwszy zupełnie postępowanie, otrzymał wyniki znakomite.

Jakkolwiek na podstawie znacznej liczby narkoz oddaje bezwarunkowo pierwszeństwo eterowi przed chloroformem, nie skazuje jednak chloroformu na wykreślenie z użycia jako środka znieczulającego, lecz wyznacza każdemu z nich miejsce w chirurgii według ścisłych wskazań. W obszerniejszej tej pracy roztrząsa on szczegółowo różne własności działania eteru na organizm, przemawiające za i przeciw stósowaniu tego środka.

Główną, zasadniczą zaletę eteru, dającą mu znakomitą przewagę nad chloroformem, stanowi jego bezpieczeństwo dla życia chorego podczas narkozy tak, iż można być prawie zupełnie pewnym, że choremu nie grozi śmierć na stole operacyjnym. Wprawdzie eter wywołać może asfiksyę w skutek porażenia oddychania, lecz ta nie występuje tak nagle, jak porażenie serca przy chloroformie tak, że narkotyzujący, uprzedzony zastraszającymi objawami dość wcześnie, ma jeszcze czas na użycie środków zaradczych. Zabójczość więc eteru pierwotna, na razie, jest bez porównania mniejsza niż chloroformu; co się zaś tyczy szkodliwości następowej, pooperacyjnej, to pod tym względem obawy są zupełnie nieuzasadnione: działanie jego na narząd oddechowy i nerki nie jest wcale gorsze od działania chloroformu, jeżeli tylko te narządy są zdrowe.

Z długiego szeregu zarzutów robionych narkozie eterowej, większa część, zdaniem autora, jest całkiem nieuzasadniona. Zarzucano, iż eter ma nadzwyczaj przykry i ostry zapach, że jest zbyt lotny, że zanadto łatwo się zapala, lecz wszystkie te zarzuty wynikają tylko z nieumiejętnego użycia i łatwo zapanować nad temi wrzekomo niekorzystnemi własnościami przy pomocy odpowiedniego postępowania. Zarówno niesłuszne są twierdzenia, dość często dające się słyszeć, że działanie jego jest o wiele powolniejsze i słabsze niż chloroformu, że podnieca on mocniej i dłużej, że działa niepewnie a niekiedy wprost chybia celu, nie mogąc sprowadzić zupełnego znieczulenia i zwolnienia mięśni, że wreszcie wymaga zużycia ogromnych ilości płynu. Przeciw wszystkim tym zarzutom autor daje jedną odpowiedź: trzeba umieć używać eteru a przy umiejętnem postępowaniu nie będzie żadnych wad narkozy eterowej. Jednakże ma i ona rzeczywiste swe strony niekorzystne, niektóre wspólne z narkozą chloroformową, inne zaś wyłącznie sobie właściwe. Do pierwszych należą: 1) wymioty, rzedziej jednak występują i krócej trwają niż po chloroformie, według obliczeń wynoszą zaledwo 7·5%; 2) obniżenie ciepłoty ciała, bardzo mało co większe niż przy chloroformie. Do właściwych następstw eteru zaliczyć należy: kaszel, sinicę twarzy, ślinotok, hiper-

sekrecyę oskrzelową, osutkę eterową, zwiększenie ciśnienia w naczyniach, drżenie trwające niekiedy podczas całej narkozy pomimo znieczulenia, wreszcie rzedziej występujące niespokojne przebudzenie się.

Na podstawie zestawienia tych wszystkich zalet i wad podaje autor następujące wskazania i przeciwskazania do narkozy eterowej.

Eter stanowi najlepszy środek znieczulający, odpowiedni dla każdego wieku i każdego chorego z wyjątkiem:

1) Zapaleń ostrych lub też cierpień przewlekłych, którejkolwiek części narządów oddechowych włącznie z opłucną.

2) Obecności wola, który powiększa się znacznie w skutek przekrwienia i przez ucisk na tchawicę sprowadza objawy duszności.

3) Operacyj mózgowych także z powodu ogromnego przekrwienia wśródczaszkowego i ztąd niebezpieczeństwa krwotoków.

4) Operacyj na twarzy i szyi (oczy, nos, policzki, wargi jama ust, broda, okolica podjęzykowa, krtań).

5) Przypadków, gdzie należy użyć kaniuli tamponowej Trendelenburga.

6) Użycia termokauteru lub galwanokauteru.

7) Wreszcie operowania w miejscach ciasnych i źle przewietrzanych.

Co się tyczy ustępu 6), to on zarówno, jak i używanie eteru w świetle sztucznem stanowią tylko względne przeciwwskazanie. Zdaniem autora można zupełnie bezpiecznie operować w świetle sztucznem, aby tylko ognisko światła znajdowało się powyżej chorego, przynajmniej na 20 centymetrów, gdyż pary eteru w skutek swej ciężkości nie podnoszą się nigdy ku górze, lecz opadają na dół. Podobną odległość (do 0 30 m.) zachować należy w użyciu termokauteru, chociaż wykazano *(Fueter)*, że termokauter zapala eter dopiero w odległości centymetra.

Na czem więc polegać winna odpowiednia technika eteryzowania? Autor wykonywa ją w sposób następujący: Chorego, będącego na czczo lub w 4—5 godzin po jedzeniu, kładzie się w pozycyi poziomej i okrywa się, o ile tylko można, dokładnie, aby wynagrodzić utratę ciepła, sprawioną przez eter; trzymanie tętna jest najzupełniej zbyteczne. Jako przyrządu używa on maski własnej, wielkością i kształtem zbliżonej do maski Julliarda, budową zaś do maski Schimmelbuscha; powierzchnia jej pokryta jest warstwą materyi nieprzemakalnej, przechodzącej naokoło maski na kilka cm. poza jej brzegi. Samo zaś stósowanie eteru streszcza autor w następnych punktach: należy nalewać eter w kilku dużych dawkach, następujących po sobie; zwykle nalewa się 25—30 grm. naraz i dawkę tę powtarza się trzy lub cztery razy w odstępach 2—3 minutowych, co zwykle u dorosłego wystarcza do zupełnego znieczulenia i zwolnienia mięśni. Aż do tej chwili chory powinien oddychać wyłącznie powietrzem zawartem pod maską i nasyconem parami eteru; dlatego też narkotyzujący winien ograniczyć do możliwego minimum dostęp powietrza pod maskę. Dopiero po zupełnem znieczuleniu można dawkę eteru znacznie zmniejszyć (5—10 grm.), stósować ją rzadziej i od czasu do czasu pozwolić choremu odetchnąć świeżem powietrzem.

Jeżeli więc eter przedstawia środek o wiele bezpieczniejszy w użyciu od chloroformu, to jeszcze wybitniej występują jego korzystne własności w okresie pooperacyjnym. Chorzy z małymi wyjątkami budzą się szybko, przytomność powraca zaraz tak, iż zwykle, o ile na to się pozwoli, o własnych siłach mogą opuścić salę operacyjną. Twarz ich ma wejrzenie dobre i nie przypomina bynajmniej trupiego wejrzenia po chloroformie; nudności ani wymiotów niema prawie nigdy i w dwie godziny po operacyi chory może przystąpić do zwykłego swego posiłku.

Wszystko to odbywa się w narkozach prawidłowych „typowych"; lecz, rzecz prosta, bywają i tu narkozy „atypowe", gdzie wystąpić mogą różne komplikacye w postaci spotęgowanej (kaszel, ślinotok, podniecenie, sinica, nawet asfiksya), nigdy jednakże nie ma zapadu wskutek *syncope cardiaca*, tego postrachu każdej narkozy chloroformowej. (*Revue de Chirurgie* 1894. Nr. 5, Maj).

Dr. Kryński.

Choroby nerwowe.

Anton: **Udział zwojów podstawowych mózgu w powstawaniu zboczeń ruchowych, mianowicie pląsawicy** *(chorea)*.

Autor spostrzegał dwa przypadki rozmiękczenia w zwojach podstawowych mózgu. Pierwszy tyczył się 9-letniego chłopca, u którego po przebyciu płonicy wystąpił ogólny niepokój, trwający do śmierci. Chory nie mógł chodzić, ani siedzieć; im więcej namysłu i ćwiczenia wymagał ruch pewien, tem silniejszym był niepokój ogólny. Przy sekcyi znalazł A. ogniska symetryczne w jądrach soczewkowatych (*corpus lentiforme*) po obu stronach, pozostałe po dawno przebytem rozmiękczeniu symetrycznem. Drugi przypadek tyczył się 65-letniego chorego, który pomimo braku jakiegokolwiek porażenia, godziny całe przebywał bez wykonywania najmniejszego ruchu dowolnego. W przypadku tym sekcya wykazała ogniska rozmiękłe w dwóch tylnych trzecich częściach wzgórka wzrokowego *(thalamus opticus)*.

W przypadkach opisanych zajęcie jądra soczewkowatego znosiło czynność hamującą i koordynacyę ruchów, obrażenie zaś wzgórka wzrokowego upośledzało popędy do ruchów. Z tego wynika, zdaniem A., że przy wykonywaniu ruchów skojarzonych czynność zwojów podstawowych ma wielkie znaczenie. Oznaczenie pewnej lokalizacyi dla pląsawicy uważa autor na razie za niemożebne, jednakże sądzi, że zwoje podstawowe odgrywają w cierpieniu tem niepoślednią rolę. (*Centralblat f. Physiologie*. 5. Maja 1894). *Beck.*

Choroby zakaźne.

J. Zappert: **Działanie lecznicze antydyfteryny Klebsa.**

Autor stósował środek ten w 15 przypadkach błonicy gardła, w których badaniem bakteryologicznem wykazano obecność prątka Klebsa — Löfflera ściśle wedle przepisów Klebsa. Używał podwójnie zgęszczonego roztworu antydyfteryny w postaci pomazywania i wkraplania. Z 15 przypadków 11 uleczono, a 4 umarło. Co się tyczy powikłań, to mimo leczenia tym środkiem widział autor prawie wszystkie powikłania a mianowicie zstępujący dławiec, posocznicę, białkomocz i porażenie serca. Klebs tłómaczy powstanie tych powikłań dostaniem się dyplokoków, nie zaś działaniem samego jadu błoniczego; działania przeto swoistego powyższego środka na powikłania spodziewać się nie można.

Autor porównywa wyż wspomniane przypadki błonicy z 10 innemi leczonemi raczej wyczekująco za pomocą wdmuchiwań jodoformu, płukań środkami przeciwgnilnemi, zadawania wewnętrznie chloranu potasowego i przekonał się, że leczenie za pomocą antydyfteryny nie obniża gorączki i nie wpływa na łatwiejsze oddzielanie się złogów wypocinowych. (*Wiener medic. Wochenschrift* Nr. 13—17. 1894).

Dr. Bolesław Komorowski.

Ucke (w Warszawie): **Przypadek róży żołądka.**

Wiadomo, że jad wywołujący różę przechodzi ze skóry na błony śluzowe. Dotąd jednak zaprzeczano, by ta sprawa chorobowa mogła także zajmować błonę śluzową dolnej części przełyku, żołądka i jelit. Z tego względu zasługuje na uwagę przypadek spostrzegany przez autora w szpitalu Ujazdowskim w Warszawie a tyczący się żołnierza, który zmarł w przebiegu ciężkiej róży na skórze szyi, twarzy i klatki piersiowej oraz błonie śluzowej jamy ust i gardła. Przy sekcyi znaleziono obok zmian innych na błonie śluzowej części wpustowej żołądka pęcherze zupełnie podobne do tych, które spotrzega się na skórze w róży pęcherzowej (*erysipelas bullosum*). Pęcherze te wypełnione były żółtawą cieczą, częścią zaś pęknięte. Reszta błony śluzowej żołądka była nieco obrzękła i przekrwiona. Badanie mikroskopowe

tej części żołądka wykazało obecność paciorkowców w przestworach limfatycznych znajdujących się bezpośrednio pod przybłonkiem. Koki te uważa U. za paciorkowce róży Fehleisena. Żałować należy, że autor nie mógł się o tem na pewno przekonać zapomocą czystych hodowli. Spostrzeżenie to dowodzi, zdaniem U., że róża może wzdłuż połyku przechodzić na błonę śluzową żołądka. Czy może także przejść przez żołądek na błonę śluzową jelita i ztąd dalej jeszcze, nie da się rozstrzygnąć na podstawie opisanego przypadku. *(Centralbl. f. allgem. Pathologie u. patholog. Anatomie* 1894. Nr. 11. z 1. Czerwca). *Beck.*

Bakteryologia.

Walter Hesse: O zachowaniu się mleka krowiego względem prątków cholery.

Autor streszcza wyniki swych badań w sposób następujący:

1) Swieże, surowe mleko krowie nie tylko nie jest pożywka dla grzybów cholery, ale przeciwnie zabija je.

2) Zabijanie rozpoczyna się z chwilą, kiedy grzybki cholery dostają się do mleka, kończy się zaś prawie bez wyjątku w ciepłocie pokojowej (15 — 20⁰) w przeciągu 12 godzin, w ciepłocie hodowlanej w ciągu 6—8 godzin.

Przy tem jest rzecz obojętna, jakiego wieku są hodowle cholery dodane do mleka, w jakich pożywkach je wyhodowano i czy z grzybkami dostało się także trochę pożywki do mleka.

Najdłużej opierały się obumarciu z przyczyn naturalnych hodowle cholery agarowe.

3) Ginienie nie zależy od stopnia kwaśności mleka, ani od ilości zarodników w niem zawartych, ani też od wytworów ich przemiany, tylko jest objawem żywotnym mleka, gasnącym natychmiast po ogrzaniu mleka do 100⁰ C.

4) Również mleko ogrzewane zapomocą prądu pary przez czas dłuższy, przez trzy i więcej godzin nie pozwoli w sobie utrzymać się przy życiu grzybkom cholery. Przyczyną tego może być wzmagająca się kwaśność mleka, w miarę im dłużej działa prąd pary.

5) Przez krótki czas, do $1^1/_2$ godziny, wystawione mleko na działanie prądu pary staje się przemijająco dobrą pożywką dla prątka cholery.

Przeciwne działanie po kilku dniach należy sobie tłómaczyć w ten sposób, że mleko pod wpływem mnożenia się grzybków cholery, kwaśnieje aż do ścięcia się sernika. W każdym razie może także kwaśne i ścięte mleko jeszcze przez tygodnie zawierać prątki cholery zdolne do rozwijania się.

Prątki choleryczne zmieniają wybitnie w mleku poczynającem kwaśnieć i w kwaśnem swój kształt.

W obec powyższych okoliczności, należy zwracać uwagę na mleko jawiące się w handlu tem bardziej, że mleko krowie zachowuje się całkiem podobnie względem prątka durowego, jak cholerycznego; mianowicie mleko surowe, zdolne tylko przemijająco stawać się przenośnikiem grzybków cholery, ale nigdy służyć im za pożywkę, będzie można uważać za niepodejrzane, przeciwnie mleko przegotowane.

Mleko wyjałowione w małych ilościach okazuje się także jako niepodejrzane, jeżeli się je przechowuje w miejscach chłodnych i nie wlewa się doń resztek mleka, głównie zaś w obec tego, że się je rychło konsumuje i szczelnie flaszeczki zatyka. *(Zeitschrift f. Hygiene und Infectionskrankheiten* Tom XVII, zeszyt 2). *Dr. Buszek.*

Położnictwo.

Leopold: O wskazaniach do cięcia łonowego.

Najsłabszą stronę sprawy cięcia łonowego jest określenie dokładne, w jakich przypadkach mamy je stósować skutecznie. Autor w obszernem zdaniu sprawy przedłożonem na XI. międzynarodowym Zjeździe w Rzymie, opierając się na doświadczeniu własnem i uwzględniając spostrzeżenia innych stara się określić dokładnie wskazania do cięcia łonowego.

Jeżeli wymiar prosty wchodu wynosi 11—7 cm. a mamy przed sobą pierwiastkę, położenie i ułożenie płodu prawidłowe, pęcherz utrzymany, to należy zostawić przebieg porodu siłom natury. Gdy bóle są dobre, to nieraz rodzą się dzieci donoszone siłami natury przy sprzężnej (*conjugata*) 8—$7^1/_2$ cm. Ponieważ cięcie łonowe jest zabiegiem, wymagającym znajomości techniki operacyjnej, potrzeba do tego dobrych pomocników; leczenie pooperacyjne bywa bardzo żmudne, ponieważ wśród zabiegu krwotok być może nader gwałtowny a obrażenie bardzo znaczne; przeto sądzi, że w co właśnie wymienionych granicach ścieśnień należy u pierwiastek cięcia łonowego zaniechać.

Inaczej rzecz się ma, gdy mamy przed sobą rodzącą wieloródkę ze zwężeniem dochodzącem od 11—7 cm. Jeżeli ciąża trwa dłużej, niż 34 tygodnie, należy wzniecić poród przedwczesny. Jeżeli kobieta zgłasza się z końcem ciąży, to i tu przy zwężeniu 11—9 cm.) należy liczyć na poród siłami natury; gdy zwężenie 9—7, to obrót z wydobyciem płodu najczęściej i najpewniej prowadzi do celu, rzadziej kleszcze na główce wysoko ustawionej. W przebiegu takich porodów należy przedewszystkiem starać się o utrzymanie pęcherza płodowego, a gdy on grozi pęknięciem wcześniej, to założyć balon Brauna, który temu w wielu razach zapobiedz zdoła, przyczem ubolewa nad tem, że w wielu razach utrzymanie pęcherza tak położne, jak i lekarze nawet lekceważą. Zaleca też w razie trudnego wydobycia główki kleszczami, czy też wytoczenia po obrocie, sposób Walchera t. j. ułożenie rodzącej ze zwieszonemi nogami, przez co sprzężna wydłuża się nieco.

Jeżeli teraz mamy zwężenie od $7^1/_2$—6 cm., to zwykle poród dziecka donoszonego odbyć się nie może siłami natury, nie można też myśleć o kleszczach ani o obrocie; pozostaje więc tylko pomniejszenie płodu, cięcie łonowe i cesarskie. Któryż z tych trzech sposobów wybrać należy? Statystyka wykazuje, że po pomniejszeniu płodu procent śmiertelności matek wynosi 4—5%, po cięciu łonowem 12%, po cesarskiem 15—20%. Jeżeli dziecko nieżywe, albo mocno omdlałe, należy wykonać wymóżdżenie. Jeżeli płód jest żywy, to aż do granicy 6 cm. sprzężnej ma w całej pełni zastósowanie cięcie łonowe zwłaszcza, że dla płodów wynik jest prawie ten sam, co po cięciu cesarskiem, a dla matek lepszy; poniżej 6 cm. należy wykonywać cięcie cesarskie, które na przyszłość według autora ograniczyć należy do bezwzględnego ścieśnienia miednicy.

Co się tyczy zestawienia ostatnich 15 przypadków Morisoniego, to ścieśnienie było w granicach 6·3 — 7·9 cm. Matki uratował wszystkie, dzieci zaś 13.

Jakie muszą być okoliczności, aby wynik po cięciu łonowem był najpomyślniejszy?

1) Rodząca ma być wolną od zakażenia.

2) Miednica nie powinna być skośnie ścieśnioną.

3) Drogi porodowe miękie, dostatecznie rozwarte i podatne.

4) Tony serca płodu wyraźne.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to nie jest ona bardzo łatwą. Wymaga się dokładnego odrażenia; operujący nie powinien zajmować się wydobyciem płodu, lecz asystent; nie należy po cięciu łonowem czekać na poród siłami natury; należy przecinać odrazu całe spojenie. Spojenie zeszyć należy szwem jedwabnym i założyć opaskę na miednicę.

Jeżeli się uwzględni trudności operacyjne, z jakiemi walki lekarz praktykujący podjąć nie jest w stanie, to musimy powiedzieć, że cięcie łonowe jest wprawdzie piękną zdobyczą ostatnich czasów, ale zawsze musi pozostać zabiegiem, dla którego miejscem jest klinika lub dobrze urządzony zakład leczniczy. (*Centralbl. f. Gynaekol.* Nr. 19, 1894). *Dr. Cercha.*

Ries: O wewnętrznem badaniu rodzących przez odbytnicę.

W celu wykazania, o ile badanie rodzących przez pochwę da się zastąpić badaniem przez odbytnicę, przedsię-

wziął autor badania w klinice w Sztrasburgu i przekonał się, że przy odpowiedniej wprawie wszystko to, co da się wymacać badając przez pochwę, daje się rozróżnić i przez odbytnicę. Pewne trudności nastręcza tylko rozróżnienie ciemion a szczególniej oznaczenie wielkości ujścia zewnętrznego u pierwiastek. W końcu dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Badanie rodzących przez pochwę należy jak najwięcej ograniczyć w celu uniknięcia zakażenia.

2) Badanie przez odbytnicę nie może być dla rodzącej szkodliwem a zastępuje w zupełności badanie przez pochwę; dlatego przy porodach prawidłowo przebiegających należy badać wewnętrznie tylko przez odbytnicę.

3) Ponieważ akuszerki mogą samodzielnie udzielać pomocy tylko w porodach prawidłowo przebiegających, przeto powinny badać wewnętrznie li tylko wyłącznie przez odbytnicę i w tym celu należałoby w szkołach akuszerek odpowiednie przeprowadzić zmiany.

4) Gdy lekarz zostanie wezwany do udzielenia pomocy przy porodzie od początku, powinien również ograniczyć się do badania wewnętrznego przez odbytnicę.

Dr. Kośmiński.

Kroenig: **O badaniu rodzących przez odbytnicę zamiast przez pochwę.** (Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa ginekolog. w Lipsku).

W klinice lipskiej wprawiał autor uczennice kursu położniczego w badanie rodzących przez odbytnicę i przekonał się, że w krótkim czasie (w $2^1/_2$ miesiąca) każda z nich wyczuć i ocenić mogła: kolce kości siedzeniowych, ruchomość stawu krzyżowo-ogonowego, podatność międzykrocza, dalej, czy część płodu wstąpiła do miednicy małej, czy też miednica jest próżną. Główkę płodu rozpoznawano po szwach. Wielkość ujścia zewnętrznego u wieloródek można bardzo łatwo ocenić; u pierwiastek zaś często oznaczenie wielkości ujścia zewnętrznego jest bardzo trudne, szczególniej gdy część pochwowa zanikła zupełnie. Na 215 rodzących badanych wewnętrznie przez odbytnicę tylko 22 a więc $10^0/_0$ trzeba było dodatkowo badać przez pochwę. W obec tego sądzi autor, iż pożądaną byłoby rzeczą, aby akuszerki badały osoby rodzące przeważnie przez odbytnicę a tylko wyjątkowo przez pochwę. *(Centralblatt f. Gynaekologie* Nr. 10. 1894. str. 235—238). *Dr. Kośmiński.*

Zapiski terapeutyczne.

B. Wicherkiewicz (w Poznaniu): Nowy, skuteczny sposób leczenia ostrej jaglicy (*trachoma*). Zadanie terapeutyczne w ostrej jaglicy polegać winno naprzód na ciągłem niszczeniu zarazka, pierwotnie znajdującego się na powierzchni spojówki a powtóre na usuwaniu zapalenia, występującego pod postacią surowiczego nacieku całej tkanki podspojówkowej. Dwom tym zadaniom odpowiada bardzo skutecznie sposób podany przez autora: naprzód odwraca się choremu obydwie powieki tak, by przedstawiły się w całości obrzmiałe ich załamki, poczem opłukuje się całą spojówkę przeciągłym strumieniem $3^0/_0$ kwasu borowego. U osób wrażliwych dobrze jest zapuścić przedtem raz lub kilka razy $5^0/_0$ roczczyn kokainy. Przekonawszy się, iż w worku spojówkowym nie ma już żadnych śladów wydzieliny, przywraca się powiekom prawidłowe położenie i daje do worka spojówkowego zapomocą czyto pędzelka czy zgłębnika maść sublimatową (1:5 0 lub 1:1000) a następnie zakłada w celu działania przeciw surowiczemu naciekowi spojówki opaskę osuszającą. Robi się to w ten sposób, że pokrywa się powieki dość grubym pokładem gazy napojonej glicerynowym roczczynem taniny (*tannini 10·00*, *glycerini 100.00*), na gazę daje stósowną warstwę waty, którą pokrywa się naprzód papierem gumowym a potem stósownie szerokim paskiem flaneli, gazy lub czegoś podobnego.

Jeżeli obydwa oczy są zajęte jaglicą a chory nie chce lub nie może zostać bezczynnym, natenczas po opisanem już oczyszczeniu spojówki i włożeniu maści sublimatowej zakłada się opaskę na przemian na jedno i na drugie oko, zmieniając ją codziennie. Opaska taka pozostaje na oku kilka lub gdy choremu nie dolega, kilkanaście godzin.

Skutek tego leczenia okazuje się nadspodziewanie tak rychło, iż nie rzadko już po czterech, najpóźniej po ośmiu tygodniach ustępuje zupełnie ostry stan zapalny, cała spojówka nabiera wejrzenia mniej więcej prawidłowego a tylko miejscami sterczą tu i owdzie ziarna jagliczе, przeciw którym trzeba wystąpić czy kamieniem sinym, czy żegadłem galwanicznem, czy innym jakimś środkiem. Zazwyczaj atoli dalsze używanie maści sublimatowej obok mocniejszego nieco masowania goi sprawę zapalną lub przynajmniej tak ją łagodzi, iż chory i zwykłemu oddawać się może zajęciu i dla otoczenia swego przestaje być niebezpiecznym.

Jak ważną w tem leczeniu odgrywa rolę opaska glicerynowo- taninowa, mógł autor przekonać się w tych przypadkach o równym stopniu choroby w obu oczach, w których dla porównania leczył stale jedno oko opaską a drugie bez opaski. Różnica była tak widoczna na korzyść opaski, iż nie wiedząc nawet, które oko leczono opaską a które bez niej, można to było poznać z samego wejrzenia oka. Wszędzie też, gdzie tylko można, radzi autor nie zaniedbywać zakładania opaski przerzeczonej albo równocześnie na obydwa oczy albo przynajmniej na przemian. Niekiedy chorzy o bardzo delikatnej skórze na powiekach lub wogóle nader wrażliwi nie znoszą długo takiej opaski. Pozostawia się ją wtedy tylko przez 1 do 2 godzin a po odjęciu daje zimny okład z wody ołowianej.

W końcu zwraca autor uwagę, iż mimo rychłego usunienia choroby sposobem co właśnie opisanym przekonać się można, że prawdziwa jaglica zawsze kończy się mniejszym lub większym zanikiem spojówki. Zanik ten atoli jest ograniczony, powierzchowny i dlatego przedmiotowo wcale nie lub tylko mało daje się oku we znaki; natomiast przez leczenie opisane nie dopuszcza się sprawy jaglicżej do głębszych warstw a tem samem zapobiega tak zgubnemu nieraz przekształceniu powiek, mianowicie zaś wrostowi rzęs. (*Nowiny lekarskie,* Czerwiec 1894).

— Własności i działanie terapeutyczne laktofeniny. Laktofenina jestto fenacetyna, w której miejsce acetylu zajmuje laktyl. Stanowi biały, bezwonny proszek krystaliczny, smaku przyjemnie gorzkiego, rozpuszczający się w 330 częściach wody. Dawka zwykła trzy razy dziennie po 0.60 grama, można jednak dojść i do 1.00 również trzy razy dziennie.

W dawce po 0.60 jest laktofenina skutecznym środkiem przeciw bólom nerwowym, w dawce zaś jednego grama na raz działa wybitnie na zimnicę. Ma tę zaletę, iż ją znoszą dobrze ci, którzy nie znoszą antypiryny. Pod wpływem laktofeniny ciepłota ciała obniża się tylko stopniowo, lecz dosyć rychło a obniżenie to trwa dosyć długo.

Prof. Jaksch w Pradze zwraca uwagę, iż laktofenina nie wywiera tych nieprzyjemnych skutków ubocznych, co inne środki z gromady anilidów.

Według dotychczasowych przynajmniej spostrzeżeń najkorzystniej działa laktofenina w durze brzusznym, usuwając bredzenie (*delirium*), przywracając narządom zmysłowym prawidłową czynność i poprawiając cały stan ogólny w sposób, w jaki tego nie robi żaden inny środek, tudzież skracając chorobę

Z tych przyczyn prof. Jaksch zaleca gorąco dalsze doświadczenia z laktofeniną w durze brzusznym. *(Les nouveaux Remèdes.* 8. Czerwca 1894).

— Coley (z Nowego Jorku): O leczeniu złośliwych nowotworów za pomocą wstrzykiwania podskórnego toksyn róży (z trzeciego kongresu lekarzy amerykańskich w Waszyngtonie od 29. Maja do 1. Czerwca r. b.). Autor leczył 10 chorych a mianowicie sześciu z mięsakami a czterech z rakami wstrzykiwaniem podskórnem żywych hodowli mikrobów róży i przekonał się nietylko o wpływie pomyśl-

nym tego sposobu leczenia, używanego w przypadkach nie nadających się do operacyi, ale i o tem, że ten wpływ pomyślny występuje szczególniej wtedy, gdy wstrzykiwanie przerzeczone nie wywołuje róży. To naprowadziło autora na myśl wstrzykiwania podskórnego nie hodowli, lecz toksyn wytworzonych przez te mikroby. Dalsze doświadczenia przekonały, że od czystych toksyn mikrobu róży jest o wiele skuteczniejszą mięszanina toksyn *streptocci erysipelatis* i *bacilli prodigiosi*.

Doświadczenia autora odnoszą się do 35 przypadków nowotworów nie nadających się do operacyi a leczonych wstrzykiwaniem podskórnem mięszaniny wymienionej: 25 mięsaków, 7 raków i 3 nowotworów wątpliwych, mięsaków czy raków.

Co się tyczy raków, to żaden nie zniknął pod wpływem tego leczenia: w $^1/_4$ przypadków było polepszenie znaczne, w $^1/_2$ nieznaczne a w $^1/_4$ nie było widać żadnego skutku.

Na 25 mięsaków można 5 uważać za zupełnie wyleczone, w 9 nastąpiło wyraźne polepszenie, w 8 było polepszenie nieznaczne i przemijające a w reszcie nie było żadnego skutku. Mięsaki kości i okostny opierają się terapii, o której mowa, więcej niż inne.

Warunkiem pomyślnego skutku jest używanie toksyn z przypadków bardzo gwałtownych róży.

Z doświadczeń tych wnosi autor, że 1) wpływ pomyślny mikrobów róży i ich toksyn na nowotwory można uważać za udowodniony. 2) Działanie terapeutyczne jest energiczniejsze na mięsaki, niż na raki a pochodzi z toksyn wydzielonych przez przerzeczone mikroby. 3) Wpływ terapeutyczny toksyn róży powiększa się przez dodanie toksyn *bacilli prodigiosi*. 4) Do pomyślnego działania terapeutycznego potrzeba, by toksyny były świeże i pochodziły z hodowli jadowitych. (*La semaine médicale* 13. Czerwca 1894).

— A. Santi (w Bernie): Leczenie elektrolityczne łuszczycy (*psoriasis*), trądzika czerwonego (*acne rosacea*) i kilaków (*gummata*) skóry. Autor przekonał się, że pod wpływem elektrolitycznego działania prądu galwanicznego nacieki łuszczycowe giną rychło i o ile można sądzić z dotychczasowych spostrzeżeń, nie ukazują się więcej na tem samem miejscu.

W ciężkich i uporczywych przypadkach trądzika czerwonego używał autor z dobrym skutkiem prądu galwanicznego w ten sposób, że jednę lub kilka igieł platynowych połączonych z biegunem ujemnym wbijał w miejscu zmiany chorobowej w skórę równolegle do jej powierzchni i przepuszczał przez 15 do 30 sekund prąd o 2 miliamperach a w formie guzowatej prąd mocniejszy i przez czas dłuższy.

Pod wpływem prądu galwanicznego o 3 do 5 miliamperach, zastósowanego zapomocą bieguna ujemnego, ginęły rychło kilaki w skórze. Rozumie się samo przez się, że obok tego leczenia miejscowego nie można zaniedbywać ogólnego leczenia swoistego.

— Działanie hemostatyczne i antyseptyczne gorącej pary wodnej. Według W. Sniegirewa, profesora ginekologii w uniwersytecie moskiewskim, para wodna o temperaturze 100° C. jest potężnym środkiem hemostatycznym, zdolnym oddać znakomite usługi w tamowaniu krwotoków miąższowych tak przypadkowych, jak i powstałych z operacyj chirurgicznych. Prof. S. używa też od kilku lat gorącej pary wodnej w pewnych krwotokach macicznych. W tym celu rozszerzywszy szyjkę maciczną, wprowadza do macicy rurkę połączoną z kociołkiem, w którym wrze woda, i pozwala przez kilka chwil działać parze na błonę śluzową macicy, co prawie żadnego nie sprawia bólu a prócz zatamowania krwotoku działa zarazem przeciwgnilnie, o czem można przekonać się po zupełnej bezwonności odchodów przedtem cuchnących.

O tem działaniu hemostatycznem gorącej pary wodnej przekonano się w kilku szpitalach moskiewskich przy sposobności wielkich operacyj, jak resekcyi kolana, wycinania nowotworów z piersi i innych narządów.

Zaletą tego sposobu tamowania krwotoków jest, że nie wywołuje żadnych zboczeń, ani miejscowych ani ogólnych i że rany poddane mu goją się *per primam intentionem*.

Doświadczenia na psach, którym tamowano krwotoki z przecięcia poprzecznego lub podłużnego tętnicy udowej, z wycięcia kawałków innych organów, jak wątroby, płuc, mózgu, nerek, całych rogów macicy, dowodzą potężnego działania hemostatycznego gorącej pary wodnej. (*Le semaine médicale* 31. 1894).

— Rosenbach. Higiena jamy ustnej u chorych. Stan jamy ustnej trzeba starannie kontrolować u chorych, szczególniej u dzieci i starców, u których rozwój mikrobów w jamie ustnej i jej wydzielinach sprzyja dzielnie powstaniu następowego zapalenia oskrzeli i płuc (*bronchopneumonia*), tak pospolitego w tych dwóch granicznych okresach życia.

R. zwraca uwagę na ważność tej pieczy nad jamą ustną u chorych z zaczerwienieniem i suchością języka i błony śluzowej jamy ustnej, mających cuchnący oddech, dziąsła krwawiące i obłożone, zęby próchniejące, cierpiących na zboczenia przewodu pokarmowego i zażywających niektóre leki, jak osobliwie przetwory jodu i rtęci. Przedewszystkiem gorączkujący potrzebują starannej opieki nad jamą ustną.

Jakkolwiek mikroby są zawsze w jamie ustnej, to jednakowoż dopiero podczas choroby nabierają one przymiotów chorobotwórczych.

Autor podaje w sprawie, o której mowa, następujące prawidła:

a) U chorych nie gorączkujących, nie cierpiących na zboczenia przewodu pokarmowego, z prawidłowemi władzami umysłowemi zwykłe sposoby utrzymywania jamy ustnej w porządku wystarczają zupełnie.

b) U dzieci i u starców należy po kilka razy dziennie wymywać jamę ustną wodą ciepłą z dodatkiem soli zwykłej, nastoju mirry (*tra myrrhae*) lub wody kolońskiej. Jeżeli jest skłonność do krwawienia dziąseł lub jeżeli zęby są popsute, należy wargi i dziąsła po dwa razy dziennie nacierać szczyptą miałkiego kwasu borowego. Chorzy ze zębami sztucznemi winni je wyjąć, jeżeli czy to dla braku łaknienia, czy z przyczyny zboczeń w przewodzie pokarmowym nie używają pokarmów stałych.

c) U chorych z częściową utratą przytomności należy po kilka razy dziennie oglądać jamę ustną. Małe owrzodzenia powstałe z ucisku zębów trzeba zasypać odrobiną miałkiego kwasu borowego lub chloranu potasowego (*kali chloricum*), błonę śluzową policzków i języka należy zwilżać co 2 lub 3 godziny kawałkiem wilgotnego płótna a w razie potrzeby część tylną języka oczyszczać tamponem z waty, przytwierdzonym do pręcika drewnianego. Jeżeli chory śpi z otwartemi ustami, trzeba powietrze w pokoju utrzymywać wilgotne, do czego może posłużyć także kawałek muszlinu zwilżonego położony na usta.

d) Chorzy gorączkujący winni mieć zawsze coś do picia, wodę świeżą lub limonadę co godzina, przyczem nie trzeba czekać, aż sami zażądają napoju. Wielu chorych wstrzymuje się od picia z obawy przed bólem, jaki im sprawiają rozpadliny i suchość warg. Dlatego u takich chorych trzeba od samego zaraz początku choroby pomazywać wargi wazeliną, lub innym jakim tłuszczem. W razie długiej gorączki dobrze jest jamę ustną pomazywać oliwą lub wogóle tłuszczem albo rozczynem gliceryny.

— Przeciwko przypadłościom narkozy chloroformowej zaleca G. Maurange wstrzykiwania podskórne płynu:

73) Rp. *Sparteini sulfurici neutri centigrm. 30*
Morphini muriatici centigrm. 10
Aquae sterilisatae q. s.
ad solutionem 10 cm. cub.
MDS. Do wstrzykiwań podskórnych.

Wstrzykuje się jeden centymetr sześcienny tego rozczynu na kwadrans przed uśpieniem zapomocą chloroformu.

Na 106 narkoz, w których użyto tych wstrzykiwań, nie było bez względu na trwanie operacyi ani razu niemiłej przypadłości. Okres podniecenia przytłumiono a dzięki morfinie potrzebę chloroformu sprowadzono do ilości jak najmniejszej.

— Fienga, docent uniwersytetu neapolitańskiego, zaleca w gośćcu stawowym ostrym (*rheumatismus articulorum acutus*) maść:

74) Rp. *Natrii salicylici* 7·50
Jodoformii 2·50
Vaselini 25·00
Exti hyosciami 1·25
MDS. Zewnętrznie.

Stawy po użyciu maści pokrywa się warstwą waty a całe to opatrzenie odmienia co 6 do 12 godzin. Samo to leczenie obok dyety mlecznej wystarczyło do usunienia zupełnie choroby.

— Przeciw ukłuciom przez owady zaleca E. Lang:

75) Rp. *Ammoniae liquidae* 15·00
Collodii 5·00
Acidi salicylici 0·50
MDS. Zewnętrznie.

Na każde ukłucie daje się po kilka kropel tego płynu, w którym amoniak dzięki kolodyonowi działa wprost i dosyć długo.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krak.

Posiedzenie zwyczajne dnia 21. Marca 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 40.

1) Protokołu z ostatniego posiedzenia z powodu niezwykłej jego obszerności uchwalono nie czytać.

2) Kol. Przewodniczący w miejsce kol. Cybulskiego, który odmówił przyjęcia udziału w komisyi słownikowej, proponuje wybór kol. Kryńskiego, co przyjęto jednomyślnie.

3) Kol. Rydel wyłożył rzecz: O mechanicznem leczeniu jaglicy. Oprócz wielu środków chemicznych proponowano do leczenia jaglicy różne sposoby mechaniczne: szczotkowanie spojówki, wypalanie, wygniatanie, wreszcie wycinanie załamka. To ostatnie podał pierwszy Gałęzowski, w Niemczech zaś głównie wykonywał i popierał je Heisrath, w ostatnich jednak czasach coraz więcej głosów oświadcza się przeciw temu postępowaniu. Mówca dotychczas dość rzadko stósował te sposoby; do wycinania załamka mało ma zaufania, gdyż obawia się skurczenia przez tworzącą się bliznę. O wiele woli leczenie za pomocą wygniatania czy to narzędziami czy też wprost paznogciami. W tym celu podano wiele instrumentów mniej lub więcej dowcipnie obmyślanych, między innymi także Kramsztyk z Warszawy. Przed rokiem podał Knapp z New-Yorku bardzo zręczne i dogodne narzędzie, które mówca okazuje. Są to szczypczyki stalowe, mające końce w kształcie strzemion, których podstawę stanowią wałeczki karbowane, obracające się na osiach. W celu wygniatania wsuwa się fałd spojówki pomiędzy wałki obydwóch końców szczypczyków i pociąga się je przez całą jego powierzchnię na zewnątrz, w skutek czego wałki te wygniatają ze spojówki masy jaglicowe. Ponieważ szczypczyki oryginalne Knappa są dość szerokie i trudno nimi manipulować w kącie oka, przeto kazał mówca zrobić w Krakowie o połowę węższe, które się okazały o wiele dogodniejszemi. Po takiej operacyi cała spojówka bywa bardzo zmaltretowana, ma mnóstwo ranek; przeto daje się choremu okłady na oczy przez kilka dni. W dalszym przebiegu gojenia się powierzchnie ranne spojówek sklejają się zazwyczaj ze sobą, te więc zlepy należy rozdzielać tępem narzędziem po zapuszczeniu kokainy i przemywać spojówkę roztworem sublimatu aż do zupełnego pokrycia się jej powierzchni przybłonkiem. Zdaniem Knappa wygniecenie takie wystarcza do wyleczenia jaglicy, jednakże mówca po jednorazowem zastósowaniu wygniatania nie widział nigdy radykalnego wyleczenia. Po 5—6 dniach kiedy spojówka pokryje się już przybłonkiem, należy podjąć na nowo leczenie siarkanem miedziowym, lecz czas trwania choroby dzięki wygnieceniu skraca się przynajmniej o połowę. Sam Knapp także postępuje tak samo w wielu przypadkach. Cena szczypczyków oryginalnych Knappa wynosi około 8 złr., zrobione w Krakowie kosztują 3 złr. 50 ct.

W dyskusyi kol. Sroczyński wyraża zdanie, że starsi koledzy będą wdzięczni prof. Rydlowi za okazanie narzędzia, które w terapii jaglicy stanowi rzeczywisty postęp. Szczypczyki Knappa umożliwiają wygniatanie nie tylko na spojówce dolnej, ale nawet na częściach tak niedostępnych palcom jak mięsko łzowe, które też bywa siedzibą uporczywych zmian jaglicowych. Aby jednak nie oddawać się zbytnim złudzeniom co do skuteczności tej metody, radzi kol. Sr. trzymać się ściśle wskazań. Lecząc szereg przypadków jaglicy tym sposobem, spostrzeżemy rychło, że wynik nie wszędzie będzie jednaki. W jednych uderzająca zmiana na korzyść już w dniach najbliższych, w innych skutek nieznaczny lub żaden. Ma to swoją, dobrze zrozumiałą przyczynę w formie i okresie choroby. Wygnieść możemy tylko ziarna jaglicowe i to jedynie powierzchowne, uległe stłuszczeniu. Skutek więc będzie najświetniejszy w formie ziarnistej (*trachoma granulosum*), mniej uderzający, ale zawsze jeszcze opłacający się w formie mięszanej (*trachoma mixtum*), w formie zaś brodawkowej (*trachoma papillare*) po prostu nie będzie żadnego. Jaglica ostra nie tylko nie nadaje się, ale powinna być przeciwwskazaniem do wygniatania. Co do leczenia ściśle chirurgicznego, t. j. wycinania, uważa kol. Sroczyński na mocy własnego doświadczenia, że zarzuty czynione tej metodzie są nieusprawiedliwione i pochodzą tylko od tych autorów, którzy nią się nie posługiwali a przynajmniej nie wykonywali jej w sposób jedynie racyonalny, t. j. wedle metody Heisratha. Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie przedstawiał kol. Sr. chorych operowanych w ten sposób przez siebie a obecni mogli się przekonać, że operacya nie wywołała żadnego niepożądanego następstwa. Jedną z tych chorych miał kol. Sr. sposobność badać w ubiegłym roku a więc w dwa lata po operacyi, przyczem mógł stwierdzić niewątpliwe wyleczenie ostateczne. (Sprawozdanie własne).

4) Kol. Korczyński Ludomił przedstawił pigułki z *atropinum sulfuricum* po 0,0005 czyli pół miligrama wyrobu aptekarza Sobierajskiego, wypróbowane pod względem działania w klinice lekarskiej prof. Korczyńskiego.

5) Kol. Obaliński miał wykład: O nowszych wskazaniach do salpingotomii (wydrukowany w Nrze 23 *Przeglądu lek.* z r. b.).

W dyskusyi kol. Mars oświadcza się za laparotomią w *haematosalpinx*, gdyż operacya ta jest tu usprawiedliwiona choćby tylko dla przekonania się, czy jest drożność między trąbką a macicą. Znalazłszy drożność, możnaby poprzestać na laparotomii próbnej, zaszyć ranę brzuszną a cierpienie usunąć przez otwarcie od dołu, w przeciwnym zaś razie postąpić, jak kol. Obaliński t. j. wykonać laparo-salpingotomię. Sposoby wyłącznego otwierania od dołu krwisteków trąbkowych stanowią pozostałości z czasów przedantyseptycznych. Nadzwyczaj niepomyślna statystyka przytoczona przez kol. Obalińskiego zależy prawdopodobnie od tego, że przypadków nie tak ciężkich, zakończonych pomyślnie, nie ogłaszają, jako zbyt prostych.

Kol. Braun jest zdania, iż salpingotomię należy ograniczyć do przypadków specyalnych, gdyż w każdym razie jest to zabieg ciężki, jak to zaznacza i Schröder. Mówca jest za stósowaniem terapii więcej wyczekującej a po otwarciu przeszkody od dołu zwracać całą uwagę na *haemotosalpinx*, aby przez poruszanie się chorej lub nieodpowiedni ucisk nie uległa pęknięciu. Dopiero, gdyby przyszło do pęknięcia lub obumarcia trąbki, wylania się treści i następowego zapalenia otrzewny lub też gdyby pomimo usunięcia przeszkody od dołu odpływu nie było a guz nie zmniejszał się, wtedy należy przystąpić do laparotomii, z którą bez żadnego z tych dwóch wskazań nie należy się spieszyć.

Kol. Obaliński: Podobnież twierdzi Fuld, że jeżeli po usunięciu przeszkody guz nie zmniejsza się, należy robić laparotomię, mówca zaś zdanie to zmienia tak, iż lepiej laparotomować odrazu, gdyż jeżeli ma się czekać, aż wystąpią objawy pęknięcia trąbki i zapalenia otrzewnej, to wtedy laparotomia jest już operacyą ciężką i wynik wątpliwy, wykonana zaś z początku usuwa z góry wszelkie ciężkie komplikacye.

Kol. Mars mniema, iż bezwzględnego zdania wypowiedzieć tu nie można; teoretycznie biorąc nie zgadza się wcale z twierdzeniem kol. Brauna, według którego postępując, miałoby się zawsze do czynienia z przypadkami niejasnymi, lepiej zaś jest mieć przypadek zu-

pełnie pewny i jasny przy laparotomii, niż ciemny i niepewny nawet przy tak małej operacyi, jak usunięcie *gynatresiae*.

Kol. Trzebicky zgadza się co do postępowania z kol. Obalińskim i laparotomii nie robiłby tam tylko, gdzie jest komunikacya trąbki z jamą macicy. Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 4. Kwietnia 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 16.

---

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia uchwalono odłożyć do następnego posiedzenia.

2) Dr. Szymon Lermer został przedstawiony przez kol. przewodniczącego na członka czynnego i przez głosowanie przyjęty.

3) Kol. Nowak zakomunikował w postaci doniesienia tymczasowego wyniki badań swych nad dyfteryą.

W dyskusyi kol. Raczyński zapytuje się prelegenta, czy znalazł laseczniki we krwi za życia.

Kol. Nowak odpowiada, że za życia wykryć ich we krwi nie mógł, co tłómaczyć można albo wpływem naczyń włosowatych, działających na drobnoustroje na kształt filtru, albo też fagocytozą samej krwi, niszczącą te laseczniki, które się do obiegu dostaną.

Kol. Raczyński jest zdania, iż wyniki kol. Nowaka są w zupełnej zgodzie z dotychczasowymi poglądami klinicznymi, gdyż dopóki za życia nie można wykazać we krwi obecności pasorzytów, dotychczas nie ma dowodów, iż choroba jest ogólną i uważać ją należy za miejscową w tem znaczeniu, że przyczyna choroby, prątki, rozwijają się miejscowo na błonie śluzowej a tylko produkty ich dostają się do ustroju; zapytuje się dalej o jadowitość wyhodowanych laseczników.

Kol. Nowak badał jadowitość laseczników na świnkach morskich: średnio w 3 dni po zaszczepieniu zwierzę ginie, w miejscu szczepienia znajduje się naciek zapalny, lecz nie ropny. Nie znalezienie we krwi pasorzytów za życia nie przemawia jeszcze przeciw ogólnej naturze choroby; co się zaś tyczy dyfteryi, to właśnie klinicy uważali ją za chorobę ogólną, patologowie zaś za lokalną.

Kol. Murdzieński uważa z punktu widzenia praktycznego za najważniejsze, aby można orzec w każdym przypadku, czy ma się do czynienia z dyfteryą prawdziwą, która jest chorobą ogólną. Ważne jest tu zawsze badanie wydzielin i błon wrzekomych pod względem obecności prątków lub szczepienie.

Kol. Kwaśnicki: Dwa są typy chorób zakaźnych, za których przedstawicieli uważać można ospę i kiłę; pierwsza zaczyna się, jako choroba ogólna i później dopiero okazuje zmiany miejscowe, druga odwrotnie. Dyfterya przedstawia większe podobieństwo do kiły; nie ma prawie okresu wylęgania, przynajmniej jest nadzwyczaj trudny do wykazania; pierwsze zmiany stanowią naloty na migdałkach, żadnych zaś nie ma objawów wskazujących na zakażenie ogólne; dopiero po 2—3 dniach zjawia się obrzęk gruczołów, podobnie jak w kile, później zaś dopiero wystepują objawy zakażenia ogólnego. Ważną cechą, różniącą te dwa typy chorób zakaźnych stanowi p o w r o t n o ś ć, którą posiadają choroby drugiego typu; w dyfteryi okolicznością usposobiającą do niej, jest schorzenie migdałka tak, iż niektóre osoby po kilka razy podlegają nawrotom. Gdybyśmy mogli nabrać przekonania, że choroba jest miejscową, byłoby to nader ważnem dla praktyka. Bouchut w tem przekonaniu w celach leczniczych wycinał migdałki, lecz nie prowadzi to do celu, gdyż prątki mieszczą się nietylko w migdałkach, lecz w całej jamie ust a nawet wycięcie może szkodzić, gdyż w ten sposób otwiera się nowa brama dla zakażenia. Badania kol. Nowaka będą miały tem ważniejsze znaczenie, jeżeli uda mu się wykazać obecność laseczników we krwi za życia i wykazać, w jakich tkankach się mieszczą.

Kol. Ponikło jest zdania, że wykrycie we krwi i w trupach ma bardzo doniosłe znaczenie, gdyż dowodzi, że laseczniki te mogą hodować się we krwi; *a priori* można przypuszczać obecność ich we krwi, za czem przemawia tworzenie się niejako przerzutów w przebiegu dyfteryi, czegoby nie było, gdyby objawy ogólne zależały tylko od obecności toksyn.

Kol. Nowak zaznacza nadzwyczajną trudność, jaką przedstawia wykrycie prątków we krwi za życia, podobnie jak np. w ropnicy. Co się tyczy znajdywania pasorzytów we krwi po śmierci, to trudno przypuszczać, żeby było to zjawisko czysto pośmiertne, gdyż znajdywał je już w $^1/_2$ godziny po śmierci, hodowle zaś laseczników potrzebują do rozwoju znacznie dłuższego czasu.

4) Kol. Wachholz miał zapowiedziany odczyt: O z m i a n a c h w n a r z ą d z i e o d d e c h o w y m w p r z y p a d k a c h o t r u c i a k w a s e m k a r b o l o w y m (drukowany w nrach 21., 23. i 24. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.). Nad odczytem tym dyskusyi nie było.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

Posiedzenie z dnia 18. Kwietnia 1894.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 46.

---

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący przedstawia obecnego na posiedzeniu gościa kol. Pękosławskiego z Warszawy.

3) Kol. Przewodniczący proponuje na członka czynnego Dra Hojnackiego z Krakowa a na członka korespondenta Dra Papiewskiego z Radomia. Obadwaj przez głosowanie przyjęci.

4) Kol. Korczyński Edward przedstawia następujących chorych ze swej kliniki:

1. Przypadek zwężenia odźwiernika w skutek blizny po wrzodzie po wycięciu przez prof. Rydygiera odźwiernika, na posiedzeniu w dniu 7. Marca r. b. demonstrowany a później w klinice lekarskiej obserwowany, w którym nastało znaczne zmniejszenie się rozmiarów żołądka, zupełny powrót prawidłowej siły mechanicznej żołądka a znaczna poprawa w zakresie towarzyszącego nieżytu kwaśnego, zupełne ustąpienie dolegliwości podmiotowych i znakomita poprawa odżywienia.

2. Przypadek po gastroenterostomii przez prof. Rydygiera wykonanej u kobiety, u której podejrzywano nowotwór zwężający część odźwiernikową żołądka. W przypadku tym zmniejszyła się również rozstrzeń żołądka; z wyjątkiem wymiotów od czasu do czasu znikły wszystkie objawy podmiotowe i zboczenia czynnościowe a ciężar ciała powiększył się znakomicie. Obecność nieżytu śluzowego na przejściu w zanikowy stan błony śluzowej żołądka przemawiałaby istotnie za nowotworem, gdy młody wiek chorej, dłuższe trwanie choroby, poprzednie krwotoki, znakomite poprawienie się odżywienia po gastroenterostomii czynią o wiele prawdopodobniejszem rozpoznanie blizny po wrzodzie żołądkowym, gdzie z biegiem czasu katar kwaśny przemienił się w katar śluzowy.

3. Przypadek szmerów sercowych na odległość znaczną słyszalnych i to z dźwiękiem muzycznym, gdzie jako przyczynę choroby uważać należy uraz (*trauma*), który zadziałał na okolicę serca i który wywołał prawdopodobnie przedziurawienie jednej z zastawek półksiężycowych, już poprzednio skutkiem gośćca zwyrodniałej.

4. Przypadek bielicy śledzionowej, gdzie we krwi przeważały komórki białe szpikowe a podstawą choroby była atypowa zimnica. Pod wpływem leczenia przeciwzimniczego stosunek ciałek białych do czerwonych z początku równy 1 : 9, wynosi obecnie 1 : 155.

5. Przypadek błednicy złośliwej, opartej prawdopodobnie na tle utajonej zimnicy, w którym pojawiały się zrazu obfite bardzo krwotoki żołądkowe pomimo braku wszelkich objawów, przemawiających za nowotworem lub wrzodem żołądka. Pomimo znakomitego przybytku na wadze i znakomitego powiększenia się ilości ciałek czerwonych odsetka hemoglobiny nie jest jeszcze prawidłową. W przypadku tym i to zasługuje na uwagę, że co do ciałek białych, zrazu przeważały ilościowo leukocyty i eozynochłonne przy bardzo małej ilości obojętnochłonnych a obecnie przeważają neutrofilne nad wszystkiemi innemi.

6. Przypadek bardzo ciężkiej niedokrewności, w którym jednak trwanie, przebieg dotychczasowy i mikroskopowe zachowanie się krwi nie odpowiada niedokrewności złośliwej postępowej.

Przypadek ten jest tem ciekawszy pod względem etyologicznym, że równocześnie znajdują się we krwi hemameby zimnicze, że kości goleniowe są zgrubiałe i bolesne i że równocześnie znajdują się zgrubienia rąk, stóp i twarzy, które odpowiadać mogą obrzękowi śluzakowemu (*myxoedema*). (Sprawozdanie własne).

Nad wykładem tym dyskusyi nie było.

5) Kol. Cybulski okazał mikrokalorymetr, przyrząd własnego pomysłu, służący do oznaczania najdrobniejszych ilości ciepła, który demonstrował na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Rzymie, gdzie doznał jak najlepszego przyjęcia i uznania ze strony specyalistów.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VII. Listy z Przylądka Dobrej Nadziei.

II.

Van Rhyn's Dorp, 1. Maja 1894.

Fauna południowej Afryki posiada znaczny zastęp jadowitych stworzeń, jako to niedźwiadków, pająków i węży. Z tych ostatnich znam następujące:

1) *Puff adder*, ciemnobrunatny, cętkowany, płaski, długości ramienia i kształtu pijawki. Jest to najobrzydliwszy gad, jakiego w życiu oglądałem. Nastraszony, staje na ogonie i nadyma głowę, jak wielki pęcherz; kąsa rzucając się wstecz. Jest to żmija leniwa i dlatego szczególnie niebezpieczna, gdyż nie ustępuje z drogi, lecz spokojnie leży w trawie, gotowa ukąsić, gdy kto zbyt blisko podejdzie. Pewnego środka na ukąszenie puff addera nie ma; w razie wyzdrowienia miejsce zakażone jątrzy się i ropieje corocznie.

2) *Kobra*, brunatna lub żółta, dochodzi długości człowieka. Żmija ta nietylko napada, lecz prześladuje, gdy bardzo podrażniona, skacząc do znacznej wysokości. Nie znam ani jednego przypadku wyzdrowienia po ukąszeniu kobry. Przed kilkoma tygodniami miałem niemiłą sposobność obserwacyi działania trucizny tego gada. Skaryfikacya, wyssanie i wypalenie amoniakiem rany, ligatura założona powyżej zranionego miejsca, zadawanie wewnętrzne amoniaku, nie zdołały odwrócić śmierci, która nastąpiła przed upływem sześciu godzin po ukąszeniu. Porażenie języka, mięśni gardła i wzroku (znaczne rozszerzenie źrenicy) wystąpiły na godzinę lub półtorej przed skonem, kurcze mięśniowe w ostatniej chwili. Puls do końca pozostał pełny i silny. Porażenie mowy i przedśmiertne kurcze charakteryzują każdy przypadek zatrucia jadem wężowym. Kobra chętnie przebywa w budynkach, gdzie poluje na myszy. Mój pacyent był ukąszony we własnym śpichrzu, gdy przesuwał wór żyta; lecz nawet w sypialniach znajdywano rzeczone gady.

3) Wąż nocny (*Nachtslang*), długi na łokieć, grubości palca, nakrapiany czerwono i czarno, podczas dnia śpi po krzakach, w nocy czatuje na ścieżkach; gdy się zbliżać, wydaje rodzaj świstu, kąsa śmiertelnie.

4) Wąż drzewny (*Boomslang*), którego dotąd nie widziałem, choć jest znany w okolicy Van Rhyn's Dorp; czy tutejszy gatunek *Boomslang* jadowity, powiedzieć nie mogę, lecz wiem, że w Kafreryi są bardzo jadowite odmiany. Kafrowie pokrywają głowy płaskiemi kamieniami, gdyż *Boomslang* czatuje nad ścieżkami, na ogonie między gałęziami zawieszony, i kąsa z góry na dół.

5) *Spookslang*, czyli wąż plujący, mały, brunatny; rzuca na odległość truciznę, która, dostawszy się do oka, wywołuje przemijającą ślepotę, przyczem oczy puchną gwałtownie. Prawdopodobnie wąż ten nie kąsa.

Niedźwiadki tutejsze są wielkości i barwy chrabąszcza; kilka przypadków ukąszenia, które sam obserwowałem, przebiegło bez groźnych objawów.

Niebezpieczniejsze mają być ukąszenia tarantul, które doświadczeni stawiają na jednym poziomie z ukąszeniem węża. Burowie używają wyskoku przeciw ukąszeniom jadowitych stworzeń, który nawet po wyżyciu kilku kwart, nie wywiera odurzającego działania w tych razach. Wystąpienie wymiotów ma być zapowiedzią wyzdrowienia; być może, że trucizna, na wzór morfiny, wydziela się do żołądka. Murzyni zadają w tym celu żółć i zasuszone pęcherzyki z trucizną, zwykle kobry.

W dawnych czasach byli tak zwani *Giftdokters*, którzy zatruwali się wężowym jadem chronicznie, by leczyć swym moczem i brudem głowy (umyślnie nigdy nie mytej), rozpuszczonym w letniej wodzie. „Wiarogodni" opowiadali mi jako rzecz nie ulegającą wątpliwości, że niedźwiadki giną w przeciągu kilku minut, gdy je położyć na gołem ciele owych „doktorów", a najzjadliwsze węże, gdy je zaleci odór rzeczonych specyalistów, pozostają bez ruchu i dają się brać w ręce. Nie twierdzę przecież, bym dawał wiarę opowieściom najwiarogodniejszych Afrykanów, gdyż mimo wielkiej dewocyi kłamią gładko i krzywoprzysięgają w „dobrej" sprawie.

Słyszałem, że koty potrafią magnetyzować węże, nawet widziałem coś w tym rodzaju, gdym raz bawił u znajomych w Fish Water (u ujścia Oliphants River do oceanu Atlantyckiego). Gwarzyliśmy przyjemnie z gospodarzem, gdy pani domu wyjrzawszy oknem, zwróciła naszą uwagę na scenę, odgrywającą się przed domem. Pod drzwiami wchodowemi leżał nieruchomo puff adder a młody kotek pani domu uwijał się koło niego, naprzemian to się zbliżając, to oddalając, przyczem gniewnie poruszał ogonem, wyprężał się, czołgał, z wielkiemi źrenicami skierowanemi na gada. Aby módz strzelić z pokoju, wołano i straszono kota, nawet częstowano mlekiem, lecz bezskutecznie. Byłem bardzo ciekaw końca, lecz zmrok, który w tych szerokościach zapada szybko, nie pozwalał czekać; musiałem tedy przestąpić przez węża, by zajść z przeciwnej strony, zkąd mogłem strzelić bez niebezpieczeństwa dla faworyta gospodyni. Węże mają zdolność ubezwładniania małych zwierząt, np. myszy, które, ujrzawszy prześladowcę, piszczą żałośnie, lecz z miejsca ruszyć się nie mogą, gdy ten powolnie się zbliża, póki nie dosięgnie ofiary.

Powiadają, że puff adder wydaje żywe potomstwo, jęcząc boleśnie podczas tego aktu, czego jednak sam dotąd nie widziałem. *Dr. Alfons Marcinkowski.*

VIII. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał
Dr. Gustaw Piotrowski,
Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Koniec XVIII-go i początek XIX-go stulecia zaznacza się też ważnemi odkryciami w dziedzinie optyki fizyologicznej. Naczelne miejsce zajmuje tutaj Thomas Young (*Optometer*, *Phil. Trans. i Phil. Mag. XXVI.*, *Observations on Vision Phil. Trans. 1793.*, *On the mechanism of the eye. Phil. Trans. 1801*). Przypuszczał on zmiany kształtów soczewki, co do której mniemał wraz z poprzednikami, że jest złożona z włókien mięsnych i nazywał ją *musculus cristallinus*, udowodnił, że rogówka nie zmienia kształtu przy akomodacyi i zbadał akomodacyę swego oka tudzież szerokość plamki ślepej. Praca powyżej przytoczona, jak Helmholtz twierdzi, mogła była stanowczo rozstrzygnąć spór o akomodacyę, gdyby nie to, że dla krótkości trochę trudno zrozumiała a nadto wymaga gruntownej znajomości optyki matematycznej. Utwierdził on teoryę undulacyjną przez wykrycie interferencyi (dtto Fresnet), w końcu dał podwaliny do teoryi barw, która nosi nazwę teoryi Young-Helmholtza w *Lectures on natural philosophy*, *London.* Prócz

w optyce, czynił on badania w dziedzinie krążenia, jak n. p. nad tętnem i t. d.

Charles Bell (1774—1848), który wsławił się odkryciem funkcyj przednich i tylnych korzeni nerwów rdzeniowych i pierwszy wprowadził lokalizacyę funkcyj nerwowych przez podział ich na czuciowe i ruchowe, był przeważnie anatomem a specyalnością jego był system nerwowy. Dzieła jego są: *Nerve roots, Respiratory nerves, An Idea of a nev anatomy of the Brain submitted for the observation of the authors friends, 1811., An Exposition of the natural System of Nerves, London 1824, The nervous System of the Human Body, London, 1830.* Główne jego odkrycie przypada na czas od r. 1811 do 1821. Punktem wyjścia było spostrzeżenie anatomiczne, że nerw twarzowy rozgałęzia się przedewszystkiem w mięśniach, troisty zaś w skórze. Ztąd wniósł, że pierwszy jest ruchowy, drugi czuciowy. Nie będąc sam eksperymentatorem, powierzył stwierdzenie tego Schawowi, który też dowiódł jego słuszności doświadczeniami na osłach. Ponieważ znalazł w przebiegu nerwu troistego zwój, którego nie ma nerw twarzowy, upatrywał podobieństwo między tym ostatnim a korzeniami przednimi nerwów rdzeniowych, tudzież między nerwem troistym a korzeniami tylnymi i wysnuł wniosek, że pierwsze są ruchowe, drugie czuciowe, Magendie, który robił doświadczenia na zwierzętach ssących, wskutek czego napotykał na niesłychane trudności, przedstawił wyniki swe niezupełnie jasno i stanowczo, jakkolwiek, zdawało się, że one potwierdzają prawdziwość poglądów Bella. Ostatecznie udowodnił to w zupełności Johannes Müller na żabach w r. 1831. Magendiego niektórzy, jak n. p. Longet oskarżają, że mimo mnóstwa doświadczeń nie wydał stanowczego sądu, inni zaś przypisują tylko jemu to odkrycie. Ci ostatni nie mają słuszności. Jakkolwiek ze względu na doniosłość doświadczeń Magendiego można się zgodzić z Cl. Bernardem że „*dans cette découverte la justice exige qu'on ne sépare pas le nom de Magendie de celui de Ch. Bell,*“ w każdym razie pierwsze podwaliny zawdzięcza się Bellowi i prawo to będzie nosić jego nazwę.

Wielkie zasługi w fizyologii układu nerwowego położył też Marshall Hall. Badał on odruchy i pierwszy zaznaczył gruntowniej różnicę między ruchami dowolnymi, oddechowymi i odruchami. (*Reflex Action, Phil. Trans., 1833. Memoirs on the nervous System, London 1837. New memoir on the Nervous System. London, 1843).* Oprócz tego badał krążenie w *(An Essay an the Circulation).* Wykazał, że krążenie nie ustaje po zniszczeniu rdzenia przedłużonego u ryb, badał naczynia włosowate i wykrył obniżenie temperatury po znacznych upustach krwi.

Augustus Waller (1816—1870). Kształcił się we wydziale paryskim, powróciwszy zaś do kraju, praktykował lat kilka w Kensington. W tym to czasie, t. j. od r. 1845 do 51 oprócz badań z zakresu chemii i fizyki, wykonał szereg doświadczeń nad wędrowaniem ciałek krwi z naczyń włosowatych i tworzeniem się śluzu i ciałek ropy, nad brodawkami i nerwami języka żaby, jego rozwojem i budową, nad dyagnozą chorób nerwowych za pomocą podrażniania elektrycznego pni nerwowych, nad wpływem ucisku na tętnicę szyjną na ból głowy, epilepsyę i histeryę, dalej nad zdolnością absorbcyjną skóry, nad widzeniem i widmami barwnemi przy ucisku na siatkówkę i nerw wzrokowy. Prace swe ogłaszał w *Philosophical Magazine, Journal of Psychological Medicine i Philosophical Transactions.* Badania jego nad wędrowaniem ciałek krwi z naczyń poszły w zapomnienie. Ponowił je w r. 1867 Cohnheim i posłużyły mu za podstawę do jego teoryi zapalenia. Pierwszeństwo jednak w tym przedmiocie należy się Wallerowi, jak to słusznie przytoczył Stricker w swych Studyach z r. 1870.

Najważniejsze jednak były doświadczenia nad zwyrodnieniem nerwów, które ogłosił p. t.: *Experiments on the section of the Glossopharyngeal and Hypoglossal nerves and observations on the alterations produced in the structure of theire primitive fibres. Phil. Trans., 1850.* Zjednały mu one tytuł członka akademii i wielki order królewski tejże instytucyi. Od tych badań, jako też od późniejszych poczynionych w tym względzie, nosi to zwyrodnienie za inicyatywą Vulpiana nazwę Wallerowskiego.

Środki, jakimi na miejscu rozporządzał, okazały się niedostateczne, porzuciwszy więc intratną praktykę udał się do Bonn, gdzie dalej pracował, częścią sam, częścią wspólnie z Budgem nad układem nerwowym a mianowicie nad wpływem nerwu współczulnego, rdzenia pacierzowego i 3, 4, 5 i 6 pary nerwów rdzeniowych na ruchy tęczówki, nad degeneracyą i regeneracyą nerwów, nad wpływem nerwu współczulnego na krążenie i t. d. Prace te, za które dwukrotnie odznaczony został przyznaniem wielkiej nagrody Akademii paryskiej, pomieszczał w *Comptes rendus t. XXXIII do XXXVI.* Z Bonn udał się do Paryża, gdzie kilka miesięcy pracował u Flourensa, prace jednak przerwał, wezwany bowiem został do objęcia katedry fizyologii w Birmingham. Tu kontynuował swe prace nad systemem nerwowym, jak nad nerwem błędnym i dodatkowym Willizyusza, nad skutkami ucisku na nerw błędny i w innym względzie, jak nad absorbcyą skóry i t. d. Prace swe ogłaszał przeważnie w *Proc. of R, S.* i *The Practitioner.* Zaczątki choroby zmusiły go jednak wkrótce porzucić kraj i udać się do Szwajcaryi, gdzie do roku 1868 mieszkał w kantonie Vaud, następnie w Genewie, gdzie pracował do końca życia z Prövostem nad wpływem nerwów czuciowych na zjawiska odruchowe połykania. *Compt. Rend., 1869* i *Arch. de Phys., 1870.*

William Bowman (1816—1892). Odbywał studya lekarskie w Birmingham, gdzie jeszcze jako student zwrócił na siebie uwagę pracami nad influencą w 1833 r., tudzież nad chorobami krtani. Ta ostatnia umieszczona została w *Diseases of the Larynx* Rylanda. W 1837 r. przybył do Kings Coll. w Londynie, gdzie w dwa lata później został demonstratorem anatomii. Poświęcał się głównie mikroskopowaniu i pierwszy wprowadził zagraniczne mikroskopy, tańsze znacznie i lepsze podówczas od angielskich. W roku 1838. zwiedził zakłady naukowe i szpitale Holandyi, Niemiec, Wiednia i Paryża, poczem wrócił do Londynu i był nadal demonstratorem anatomii a następnie asystentem Prof. Todda, w końcu jego następcą, t. j. *Professor of Physiology and General and Morbid Anatomy.* Odznaczał się nader wielkim darem wykładania, jasnością i entuzyazmem dla nauki. Jako badacz był ścisłym deterministą. Podobnie jak Donders i Wharthondones poświęcał się praktyce okulistycznej. W 1842 r. został członkiem Akademii i otrzymał królewski medal za pracę tyczącą się mięśni nerki i oka. *Bowmans Sarcous Elements, Capsula Bowmani*

i *Membrana Bowmani* pozostaną świadkami jego zasług. Sądzę, że zbytecznie byłoby wchodzić w szczegóły tych badań, zbyt dobrze każdemu znanych.

W r. 1846. został mianowany *Assistent Surgeon of the Royal London Ophtalmic Hospital*, w 1851. zaś samodzielnym kierownikiem. W r. 1847. wydał dzieło p. t. *On some Points in the Anatomy of the Eye, chiefly in reference to its Powers of Adjustment*, gdzie się znajduje wiele cennych badań nad mięśniem rzęskowym. W r. 1880. został pierwszym prezydentem świeżo założonego *Ophtalmological Society*. W roku zaś 1884. został mianowany baronetem.

Bowman nietylko sam nowe tory wskazywał, lecz pierwszy skwapliwie stosował wszystkie cenniejsze wynalazki innych, jak n. p. oftalmoskop Helmholtza, wprowadził zaleconą przez Graefego irydektomię, jako środek przeciw jaskrze i t. d. Jakkolwiek na dłuższy czas przed śmiercią porzucił pedagogiczne zajęcia i praktykę lekarską, pozostał zawsze czynnym, zachęcał młodszych, brał żywy udział w obradach i na kilka tygodni przed śmiercią przemawiał jeszcze ten sędziwy „*Father of the Kidney*," jak go nazwał Foster, w dyskusyach nad funkcyą nerek.

Tytuły dzieł jego są następujące: *On the minute Structure and Movements of Voluntary Muscles. Phil. Trans. 1840. On additional Note on the Contraction of Volontary Muscle in the living Body. Phil. Trans., 1841. Observations on the Minute Anatomy of Fatty Degeneration of the Liver, 1842. On the Structure and Use of the Malphighian Bodies of the Kindney. Phil. Trans., 1842.*

Wspólnie z Prof. Toddem napisał książkę p. t. *The Physiological Anatomy and Physiology of Man.* Pierwsza część ukazała się w r. 1843, ostatnia zaś w r. 1856. Dzieło to jest już teraz oczywiście przestarzałe. Prócz tego napisał około 20 rozpraw z dziedziny okulistyki, prawie wyłącznie treści praktycznej. Prace zbiorowe Bowmana wyszły za staraniem Bourdon-Sandersona w pysznem wydaniu, przypominającem wspaniałą edycyę studyów historycznych Retziusa.

Na podstawie badań Bowmana nad mięśniami postawił Wharton Jones swą teoryę elektromagnetyczną skurczu. *Note sur les muscles considérés comme des appareils névro-magnetiques. Compt. rend. 1843.* Twierdzi on, że krążki Bowmana stają się magnetycznymi pod działaniem nerwów, przyciągają się wzajemnie i skracają mięsień. On też jeden z pierwszych wykrył kurczenie się naczyń pod działaniem bodźców mechanicznych, wpływ nerwu kulszowego i udowego na naczynia, rytmiczne ruchy naczyń w błonie nietoperza po usunięciu ich z pod wpływu nerwowego, w końcu badał też ruchy amebowate białych ciałek krwi drętwy elektrycznej. Tęgi okulista, zajmował się też badaniami z zakresu optyki fizyologicznej (*Analysis of my sight. Proc. of R. S. X. Phil. Mag. XX.*).

Mimo bardzo wielkich zasług, jakie położyli Waller i Bowman w fizyologii, nie wywarli oni wybitniejszego wpływu na wykształcenie obecnej generacyi fizyologów. Pierwszy przebywał przeważnie na stałym lądzie, drugi przerzucił się wczas bardzo do okulistyki. Ojcem dzisiejszej fizyologii angielskiej nazwać można Sharpeya.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 21. Czerwca 1894 r.

— Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krak., które miało się odbyć w ubiegłą Środę 20. b. m., z powodu pogrzebu JEminencyi kardynała Dunajewskiego, zostało odłożone na przyszłą Środę 27. b. m., w tem samem miejscu, o tej samej porze i z niezmienionym porządkiem dziennym.

— Lubo przez wydawanie numerów dwuarkuszowych prenumeratorowie naszego pisma nie ponoszą straty z przyczyny większej niż zwykle liczby ogłoszeń w porze letniej, wydajemy numer niniejszy w objętości trzech arkuszy, by wyrównać dawne zaległości osobliwie w zakresie artykułów felietonowych, których sobie życzy tak wielu prenumeratorów i czytelników *Przeglądu lekarskiego*.

— W wydziale lekarskim Uniw. Jagiell. wybrano na przyszły rok szkolny dziekanem prof. Dra Antoniego Rosnera, delegatem do senatu akademickiego na następne trzechlecie prof. Dra Przemysława Pieniążka. Prodziekanem będzie w myśl ustawy prof. Dr. Aleksander Stopczański.

— Pan Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę grona profesorów Wydziału lek. Uniw. Jagiell., dopuszczającą Dra Adolfa Becka na docenta fizyologii a Dra Leona Wachholza na docenta medycyny sądowej.

— *Numeri loquuntur.* Lepiej, niż wszelkie wywody i dyskusye, dowodzą cyfry zebrane przez *British medical Journal* olbrzymich postępów chirurgii w ostatnich czasach. Od roku 1836. do 1846. wynosiła śmiertelność po amputacyi z przyczyny urazów w Paryżu 65%. Podczas wojny krymskiej umarło po amputacyi uda 63·5% operowanych. Podczas wojny domowej w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej dokonano 3949 amputacyj pierwotnych uda a śmiertelność wynosiła według tego, czy amputacyą zrobiono w trzeciej części górnej, środkowej czy dolnej 50·7, 40·3 i 48·7%. W szpitalach londyńskich wynosiła śmiertelność w r. 1840 po amputacyach 36%

Porównajmy z tem cyfry dzisiejsze.

W szpitalu św. Tomasza w Londynie wynosiła w latach 1876 do 1885 śmiertelność po amputacyach bez różnicy 12·8%.

W szpitalu w Newcastle on Tyne w latach 1879 do 1888 na 484 amputacyj tylko 7·6% śmiertelności.

Schede zebrał 321 amputacyj dokonanych antyseptycznie i 387 dokonanych w czasach przedantyseptycznych. Śmiertelność po tamtych była 4·4, po tych 29·18%.

W szpitalu św. Jerzego w Londynie u amputowanych liczących od 30 do 40 lat życia wynosiła śmiertelność w latach 1872 do 1874 40%, w latach od 1874 do 1888 tylko 14,2%. W latach 1874 do 1879 była śmiertelność po amputacyach bez różnicy co do wieku operowanych 26·3%, w latach 1880—1888 zmniejszyła się do 18·8% a w ostatnich latach zeszła do 6%.

Od roku 1852 do 1874 na 500 amputowanych zmarło z ropnicy 75 czyli 15%, w latach 1874 do 1888 na 400 amputowanych zmarło na tęż samą chorobę tylko 8 czyli 2%.

Podobne stosunki zachodzą i w resekcyach.

Od roku 1855 do 1857 na 69 resekcyj zakończyło się śmiercią 13 czyli 18·8%. W ostatnich czasach na 104 resekcyj stawu biodrowego zmarło 3 a zatem nie całe 3%.

— W nrach 28. i 51. naszego pisma z roku zeszłego donieśliśmy o szczepieniach przeciw cholerze w Indyach Wschodnich dokonywanych przez Haffkina. Obecnie poszedł w jego ślady Dr. Simpson, który w okolicy Kalkuty zaszczepił w pewnym przysiołku jadem ochronnym przeciw cholerze z 200 mieszkańców 116. Wkrótce pojawiła się tam cholera, na którą z mieszkańców tego przysiołka zachorowało 10 a zmarło 7 osób, wszystkie owym jadem ochronnym nieszczepione. Dr. Simpson na podstawie tego udał się do władzy w Kalkucie o pozwolenie szczepienia dalej cholery i oświadczył, że jeżeli tylko dalsze próby wypadną pomyślnie, założy w Kalkucie zakład szczepienia ochronnego od cholery.

— Dr. Keyes, który towarzyszył słynnemu miliarderowi amerykańskiemu Vanderbiltowi w przejażdżce po kuli ziemskiej na jego własnym jachcie przez 4 miesiące, otrzymał tytułem honoraryum lekarskiego 60.000 dolarów czyli 300.000 franków.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Budapeszcie odbytem w dniu 2. b. m. podał prof. T. Késmársky do wiadomości, że opierając się na skuteczności wcierań szaruchy w niektórych przypadkach gorączki połogowej tudzież doświadczeniach Baccellego (porówn. Nr. 13 *Przeglądu lek.* z r. b.) użył wstrzykiwań sublimatu do żył w ilości od 1 do 5 milligramów w rozczynie 1 : 1000. Skutek był bardzo pomyślny tak, iż prof. K. nie wyrzekając ostatecznego zdania w tej mierze zachęca do dalszych prób z tym sposobem leczenia gorączki połogowej. Na temże posiedzeniu podał Dr. J. Antal, asystent zakładu farmakologicznego, iż opierając się na doświadczeniach ze zwierzętami wykrył w azotanie kobaltowym (*cobaltum nitricum*) odtrutkę na sinek potasu (*kalium cyanatum*).

— W celu zapobiegania śluzoropotokowi oczu u noworodków przyjęło ciało prawodawcze Stanu Maryland w Ameryce północnej ustawę, według której położne i mamki obowiązane są donosić władzy lekarskiej o każdym przypadku obrzmienia oczu u noworodka młodszego niż 15 dni, jeżeli jeszcze nie zostaje w opiece lekarskiej.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Budapeszt. Habilitowali się jako docenci prywatni: Dr. F. Szontágh dla pedyatryi a Dr. B. Kenyeres dla medycyny sądowej. — Berlin. Doc. Dr. C. Posner otrzymał tytuł profesora. — Halla nad Salą. Prof. Renk mianowany dyrektorem urzędu zdrowia w Dreźnie. — Lipsk. Doc. Dr. Schmorl mianowany prosektorem miejskiego szpitala w Dreźnie. — Paryż. Na opróżnioną katedrę kliniki chirurgicznej przedstawieni przez grono profesorów Wydziału lekarskiego do nominacyi na miejscu pierwszem Paweł Berger, na drugiem Karol Monod, na trzeciem Paweł Reclus. — Fryburg w Bryzgowii. Doc. Dr. Reinhold mianowany profesorem nadzwyczajnym.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Busku w powiecie kamioneckim w Galicyi Dr. Teofil Prochaska na dur osutkowy, którym zaraził się od chorych; — w Zemliańsku w gubernii woroneskiej również na dur osutkowy lekarz ziemski Kazimierz Kosiewicz, były wychowaniec uniwersytetu warszawskiego a po uzyskania stopnia lekarza przez dwa lata praktykant kliniki chirurgicznej prof. Kosińskiego.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.